

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

JOURNAL OF POSITIVE AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY



WORLD ASSOCIATION FOR POSITIVE
AND TRANSCULTURAL PSYCHOTHERAPY

ISSN: 2710-1460
Published by WAPP
www.positum.org

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

Jan 2021
Vol. 1
No.1



Psihoterapeutul Global (JGP) este un jurnal digital interdisciplinar dedicat Psihoterapiei Pozitive și Transculturale (PPT după Peseschkian, din 1977)[™]. Această revistă semestrială evaluată de colegi publică articole privind experiențele și aplicarea metodei umanist-psihodinamice a Psihoterapiei Pozitive și Transculturale. Subiectele variază de la articole de cercetare pe probleme teoretice și clinice, recenzii sistematice, inovații, articole despre gestionarea cazurilor, diferite aspecte ale formării și educației psihoterapeutice, aplicații ale PPT în consiliere, educație și management, scrisori către editori, recenzii de carte etc. Există o secțiune specială dedicată tinerilor profesioniști care urmărește să încurajeze tinerii colegi să publice. Revista salută manuscrisele din diferite culturi și țări.

Coredactor șef al revistei: *Olga Lytvynenko, Ucraina:* dr.olgalytvynenko@gmail.com

Coredactor șef al revistei: *Erick Messias, SUA:* ELMessias@uams.edu

Biroul editorial: journal@positum.org

Editor în limba engleză: *Dorothea Martin* journal@positum.org

Redactor rus: *Kateryna Lytvynenko* journal@positum.org

CONSILIUL EDITORIAL

JGP:

Olga Lytvynenko, Ucraina

Erick Messias, SUA

Liudmyla Serdiuk, Ucraina

Ali Eryilmaz, Turcia

Roman Ciesielski, Polonia

Site-ul JGP: <https://www.positum.org/ppt-journal/>

COMITETUL ȘTIINȚIFIC INTERNAȚIONAL (ISC):

Andre R. Marseille, SUA; Yevhen Karpenko, Ucraina; Zlatoslav Arabadzhiev, Bulgaria; Denys Lavrynenko, Ucraina.

CONSILIUL CONSULTATIV INTERNAȚIONAL (IAB):

Arno Remmers, Germania; Ivan Kirillov, Turcia; Maksim Chekmarev, Rusia; Todor S. Simeonov, Bulgaria; Aleksandra Nizdran-Fedorovych, Ucraina; Polina Efremova, Rusia; Ewa Dobiata, Polonia; Aleksandra Zarek, Polonia; Liudmyla Moskalenko, Ucraina; Shridhar Sharma, India.

Toate afilierea profesională ale membrilor Comitetului editorial și ale Comitetului consultativ internațional sunt acum postate pe paginile relevante ale site-ului JGP.

Publicată de: Asociația Mondială pentru Psihoterapie Pozitivă și Transculturală (WAPP) Luisenstrasse 28, 65185 Wiesbaden, Germania

E-mail: wapp@positum.org

Site web: www.positum.org

Revista utilizează [Licența Internațională Creative Commons Atribuire 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) (CC-BY 4.0).

ISSN: 2710-1460 (online)

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

EDITORIAL:

Scrisoare de bun venit din partea Comitetului editorial 5

Gestionarea pozitivă a crizelor mondiale: contribuția noastră la pacea mondială

Nossrat Peseschkian 7

CERCETARE ȘI INOVARE:

Refaceți-vă echilibrul: Cercetarea eficacității psihoterapiei pozitive

Claudia Christ, Ferdinand Mitterlehner, Selina Raisch 12

Posibilitățile psihoterapiei pozitive în formarea rezistenței

Olena Chykhantsova, Olga Kuprieieva 22

Spectrul reacțiilor de frustrare în timpul crizei pubertății

Stefanka Tomcheva, Zlatoslav Arabadzhiev 27

STUDII PREMILITARE:

Capacitatea de prezență autentică a terapeutului ca metodă de urmărire a calității eficacității psihoterapiei

Veronika Ivanova 36

FORMARE PSIHOTERAPEUTICĂ:

Ce ne spune corpul nostru în terapie?

Arno Remmers 41

ARTICOLE SPECIALE:

Provocările terapiei psihologice cu adulți autiști

Ewa Dobiała, Renata Stefańska-Klar, Aleksandra Rumińska, Paulina Gołaska-Ciesielska, Maciej Duras, Weronika Janiak 45

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

Групповые формы работы в психиатрическом стационаре и отношение к пациенту [Grupul terapeutic din spitalele psihiatrice și atitudinea față de pacient]	
Владимир Перебейносков [Vladimir Perebeynosov]	57
Proverbe internaționale despre speranță	
Friedhelm Röder	66
Хаос VS Продвижение: как не исчезнуть в информационном пространстве [Chaos VS Promotion: How Not to Disappear in the Information Space]	
Оксана Фортунатова [Oksana Fortunatova]	69
RECENZII DE CARTE:	
ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДЕТИ!: Ш. А. Амонишвили (1983) [HELLO CHILDREN! de Amonishbvili, S.]	
Revizuit de Maksim Chekmarev	75
ÎNVĂȚĂM PRIN ÎMPĂRTĂȘIRE - UN GHID SCRIS DE ȘI PENTRU SPECIALIȘTII L&D: Redactor: Gabriela Hum (2021)	
Revizuit de Diana Pop	78
WAPP	NEWS80
INFORMAȚII ȘI ORIENTĂRI PENTRU	AUTORI83



BUN VENIT DIN PARTEA COMITETULUI EDITORIAL AL JURNALUL PPT "PSIHOTERAPEUTUL GLOBAL"

Dragă cititorule,

Cu mare mândrie și încântare putem să vă prezentăm cel de-al doilea număr al "*The Global Psychotherapist*" - *Jurnalul Internațional de Psihoterapie Pozitivă*. La apariția acestui număr au contribuit eforturile comitetului editorial al revistei "*The Global Psychotherapist*", precum și ale arbitrilor din sistemul blind peer review. În primul rând, am dori să le mulțumim cercetătorilor, referenților și persoanelor din comitetul editorial al revistei care au contribuit la acest număr.

Așa cum este și scopul *The Global Psychotherapist - the International Journal of Positive Psychotherapy*, acest număr include, de asemenea, materiale practice și cercetări în domeniul psihoterapiei dintr-o perspectivă universală. Deoarece psihoterapia pozitivă, care este o abordare interculturală care se concentrează pe positum (persoana întreagă), poate include abordări eclecticice și se bazează pe terapii analitice, aceste diverse tehnici sunt reflectate în studiile incluse în cel de-al doilea număr al acestei reviste. În timpul pandemiei Covid-19, lumea trece prin procese extraordinare și am constatat că perspectiva **Prof. Dr. Nossrat Peseschkian** asupra principiului speranței în psihoterapia pozitivă ne oferă o abilitate dintre cele mai semnificative în momentul acestui al doilea număr. Dezvoltată de Prof. Dr. Peseschkian în anii 1960 și confirmată de mișcarea Psihologiei Pozitive la începutul anilor 2000, importanța și puterea Psihoterapiei Pozitive este demonstrată în aceste articole. În același mod, **Röder** examinează speranța și importanța acesteia pentru sănătatea mintală cu ajutorul proverbelor și duce această tradiție până în prezent în acest al doilea număr.

Creșterea numărului de studii privind eficiența psihoterapiei pozitive poate fi observată în acest al doilea număr. Aici **Christ et al.** demonstrează în mod impresionant, din punctul de vedere al psihoterapeuților și al pacienților, că Psihoterapia pozitivă este o metodă terapeutică importantă în ceea ce privește clarificarea motivațională, ajutorul activ în rezolvarea problemelor și sprijinul și relațiile terapeutice. Conceptul de tenacitate, utilizat în psihologia actuală, este Examinat aici de **Chykhantsova și Kuprieieva** în termenii Psihoterapiei Pozitive, ceea ce oferă informații importante pentru literatura de specialitate. **Chykhantsova și Kuprieieva** ne arată că capacități precum contactul, încrederea, speranța, dragostea, realizarea și fiabilitatea pot fi instrumente importante în creșterea rezistenței. În plus, **Tomcheva și Arabzhiev** examinează frustrarea și nivelul general al tendințelor agresive ale adolescenților și ne reamintesc de importanța "egocentrismului", care este un concept important în dezvoltarea adolescenților. Unul dintre conceptele importante ale psihoterapiei pozitive este diferențierea intrapersonală. **Ivanova** ne arată importanța autenticității și a deschiderii, care sunt instrumente importante ale diferențierii intrapersonale în procesul de psihoterapie, cu o cercetare interesantă și importantă în ceea ce privește Psihoterapia pozitivă.

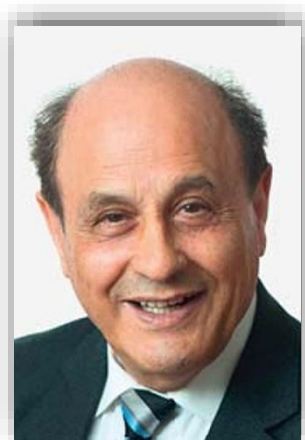
Psihoterapia pozitivă consideră corpul drept o sursă importantă de a face față conflictelor și o zonă importantă în care se reflectă abilitățile și capacitățile oamenilor. **Remmers abordează** mesajele corpului în procesul de psihoterapie într-un mod teoretic și practic. Așa cum există persoane speciale în viața noastră, există și clienți speciali în procesul de psihoterapie. **Dobiata et al. discută** în detaliu natura tulburării cu care se confruntă persoanele cu autism adult, efectele acesteia asupra procesului de psihoterapie și ce trebuie făcut. Una dintre aplicațiile psihoterapiei pozitive este psihoterapia pozitivă de grup. **Perebeynosov** ne lărgeste perspectiva cu studiul său asupra practicilor de grup. În cele din urmă, **Fortunatova** evaluează și examinează problema eticii în procesul de psihoterapie dintr-o perspectivă diferită.

Când se rezumă conținutul celui de-al doilea număr, se observă că Psihoterapia pozitivă a fost examinată științific de cercetători la nivel micro și macro. Un aspect interesant al acestui număr este examinarea relațiilor dintre conceptele abordate în studiile de psihologie pozitivă și structurile psihoterapiei pozitive. După cum am afirmat la începutul celui de-al doilea număr, principiile, conceptele și structurile psihoterapiei pozitive protejează indivizii și societățile de crize. Ca urmare, oferind un sprijin semnificativ perspectivelor bio-medicale, psihosociale și biopsihosociale; cu speranța că **Psihoterapeutul Global - Revista Internațională de Psihoterapie Pozitivă**, care oferă o perspectivă importantă diferitelor grupuri profesionale de ajutor, cum ar fi consilierii psihologici, psihologii, psihiatrii, educatorii, asistenții sociali și asistenții psihiatrice, va fi benefică pentru umanitate.

Comitetul editorial

"Psihoterapeutul global",
Jurnalul de psihoterapie pozitivă și transculturală





ABORDAREA POZITIVĂ A CRIZELOR MONDIALE: CONTRIBUȚIA NOASTRĂ LA PACEA MONDIALĂ

de PROF. DR. NOSSRAT PESECHKIAN †
M.D., WIESBADEN, GERMANIA

Publicat pentru prima dată în
Revista Hessisches Ärzteblatt. Numărul 3 (2002) în limba germană
Traducere de Dr. Dorothea Martin

Dostoievski spunea că viața este ca un paradis pentru care am pierdut cheia. -"Frații Karamazov", Cartea VI, Cap. 1 Această conferință ne va arăta o cale de a găsi această cheie pierdută. La 11 septembrie 2001, o ordine mondială pe care o luasem de bună a fost complet și neașteptat întoarsă cu susul în jos.

Acest articol nu va discuta faptele acestui eveniment sau motivele politice care stau la baza lui. În schimb, va încerca să arunce lumină asupra aspectelor sale psihologice și psihoterapeutice.

"Dacă doriți să faceți ordine în țară, faceți mai întâi ordine în provincie.

Dacă doriți să faceți ordine în provincie, trebuie să faceți mai întâi ordine în orașe.

Pentru a face ordine în orașe, trebuie să faceți ordine în familie.

Dacă vrei să faci ordine în familie, trebuie mai întâi să faci ordine în propria ta familie.

Dacă doriți să faceți ordine în propria familie, trebuie să

trebuie să faci ordine în tine." (Povestiri orientale)

Această înțelepciune orientală străveche urmărește interrelațiile în care trăim. Trebuie să pornim de la premisa că și schimbările mici dintr-un domeniu al vieții au un impact asupra întregului sistem. Potrivit lui Confucius, fiecare persoană este responsabilă pentru creșterea și scăderea umanității.



Valoarea persoanelor și a diamantelor nu poate fi recunoscută decât atunci când acestea sunt scoase din

-Wormoștura lor.

- Cuvânt de înțelepciune

Din raportul unui terapeut:

" ... Pe lângă aceste temeri legate de război, de la televizor veneau imagini care arătau sute de oameni neștiutori arzând într-o minge de foc în câteva secunde sau fiind sfâșiați în mii de bucăți. Gândurile la moarte, pe care de obicei suntem atât de buni să le reprimăm în societatea noastră, erau omniprezente în acele zile. Faptul că totul se putea termina în câteva secunde era mereu pe masă".

Ne vom limita aici la câțiva factori:

Să ne întrebăm despre sensul vieții umane înseamnă, de asemenea, că trebuie să ne întrebăm despre originea și scopul ei. În acest context apar și alte întrebări, cum ar fi: care este natura omului? Este el bun sau rău? Este el liber să ia propriile decizii? Există satisfacție pentru dorința sa de fericire? Are el vreo influență asupra destinului omenirii? Se termină totul odată cu moartea sa?

O motivație importantă pentru abordarea cunoscută sub numele de psihoterapie pozitivă ar putea fi faptul că mă aflu într-o situație transculturală. Sunt persan (iranian), dar trăiesc în Europa din 1954. Din acest punct de vedere, am devenit conștient de faptul că multe comportamente, obiceiuri și atitudini sunt evaluate diferit între aceste două culturi. Aceasta este o experiență pe care am avut-o deja în timpul copilăriei mele în Teheran. Este vorba despre prejudecățile legate de religie, pe care am putut să le observ îndeaproape.

Ca bahái, ne-am găsit mereu prinși în tensiunea dintre colegii și profesorii noștri islamici, creștini și evrei.

Acest lucru m-a stimulat să mă gândesc la relațiile

între religii și despre relațiile dintre oameni. Am avut experiențe cu familiile colegilor mei de clasă și am ajuns să înțeleg comportamentul lor ca provenind din viziunile lor asupra lumii și din conceptele lor familiale. Mai târziu, am fost martorul unor confruntări similare în timpul specializării mele, când am experimentat cât de tensionată era relația dintre psihiatri, neurologi, interniști și psihoterapeuți și vehemența cu care aceste poziții se confruntau.



Doar sămânța

Într-un vis, un tânăr a intrat într-un magazin unde un bărbat mai în vârstă stătea în spatele teșghelei. Tânărul l-a întrebat: "Ce vindeți, dragă domnule?"

Înțeleptul a răspuns: "Tot ce-ți dorești" ou want."

Tânărul a început să le enumere: "Apoi aș dori unitate și pacea mondială, abolirea prejudecăților, eliminarea sărăciei, mai multă unitate și dragoste între religii, drepturi egale pentru bărbați și femei și..."

Atunci înțeleptul l-a întrerupt: "Scuză-mă, tinere, m-ai înțeles greșit. Noi nu vindem fructe, noi vindem doar semințe." the seeds.

- după N. Peseschkian

Aceste experiențe și reflecțiile mele m-au determinat să înțeleg oamenii nu doar ca indivizi izolați (chiar și în psihoterapie), ci mai degrabă să iau în considerare relațiile dintre ei și, datorită propriei mele evoluții, situațiile lor transculturale, care fac dintr-o persoană ceea ce este.

Aspecte comune și diferențe în diferite culturi (abordarea transculturală)

Trebuie să luăm în considerare abordarea transculturală, care oferă nu numai material pentru înțelegerea conflictelor individuale, ci are și o semnificație socială extraordinară, deoarece ne confruntăm cu problemele lucrătorilor invitați și ale ajutorului pentru dezvoltare, cu dificultățile care apar în relațiile cu membrii altor sisteme culturale, cu problemele căsătoriilor transculturale, cu prejudecățile și depășirea lor și cu modelele alternative care provin dintr-un alt cadru cultural. În acest context, pot fi discutate și teme politice care apar dintr-o situație transculturală.

Pentru relațiile interpersonale, acest lucru înseamnă punerea în discuție a prejudecăților prin relativizarea propriilor valori, slăbirea fixațiilor și eliminarea blocajelor de comunicare.

Acest lucru este legat de un alt proces, și anume desființarea barierelor emoționale și a prejudecăților care există față de modurile străine de gândire și simțire. Acestea fac ca ceea ce este străin să fie perceput ca ceva agresiv și amenințător acolo unde înțelegerea ar fi inițial adecvată.

Perplexitate și speranță

- **Adevărul este că, în prezent, putem percepe o criză mondială în comunicarea noastră, care ia proporțiile unei epidemii.** În comunicarea maritală, partenerii experimentează durerea neînțelegerii și desconsiderării reciproce. Familiile suferă de o lipsă aproape totală de comunicare între părinți și copii sau de o comunicare care este doar superficială. În mod similar, comunicarea dintre guverne și popoarele lor prezintă o stare de neîncredere reciprocă, abuz, înșelăciune și ostilitate. În cele din urmă, a existat o criză de comunicare fără precedent între superputeri - o stare care s-ar fi putut încheia ușor cu distrugerea întregii vieți de pe această planetă. Conform unui raport ONU din 1997, am avut războaie în 59 de locuri din întreaga lume. Aceste fapte arată clar că eforturile noastre de a analiza motivele comunicării inadecvate nu sunt mai suficiente decât eforturile noastre de a dezvolta noi metode de rezolvare a problemelor sau de stabilire a faptelor.
 - **În întreaga lume există un număr mare de oameni - aș spune că majoritatea - care sunt în favoarea păcii mondiale și o consideră singura modalitate de a rezolva întrebările privind sensul existenței noastre umane.** Cu toate acestea, mulți oameni păstrează un scepticism inconfundabil față de realizarea acestei idei, o neîncredere și chiar o rezistență interioară împotriva ei.
- La început, aș dori să împărtășesc câteva experiențe care au fost deosebit de importante pentru mine. Următoarele patru domenii sunt de un interes deosebit pentru mine:
- **Contribuția politicianului la pacea mondială** (întâlnirea transculturală)
 - **Contribuția liderului religios la pacea mondială** (concepte de religie sau viziune asupra lumii)
 - **Contribuția omului de știință la pacea mondială**
 - **Contribuția individului la pacea mondială**

Trei exemple:

Comportament/Concept	Vest	Est
Boala	Când cineva este bolnav, vrea să se odihnească puțin. El/ea este vizitat(ă) doar de câteva persoane. Aceste vizite sunt, de asemenea, considerate un control social.	Aici, dacă cineva este bolnav, patul este așezat în sufragerie, ca în cazul unui picior rupt. Persoana bolnavă este în centrul atenției și este vizitată de numeroși membri ai familiei, rude și prieteni. Lipsa vizitatorilor ar fi considerată o insultă și o privare.
Moartea	Cerem oamenilor să se abțină de la vizite de condoleanțe. Trebuie să mă confrunt singur cu soarta mea. Trebuie să suport o suferință atât de mare singur.	Rudele, prietenii, cunoscuții și alte persoane simpatizante îi vizitează pe cei îndoliați timp de 8-40 de zile și le oferă un sentiment de siguranță. O suferință împărtășită este o jumătate de tristețe.
Depresie	Central-europenii și nord-americanii dezvoltă depresie pentru că nu au contact, sunt izolate și lipsite de căldură emoțională.	În Orient, oamenii dezvoltă depresie pentru că se simt copleșiți de îngustimea obligațiilor și relațiilor lor sociale din care nu pot evadare.

1. Contribuția politicianului

Acțiunile politicianului sunt determinate de epoca și cultura în care a crescut, de gradul de căldură emoțională și de exemplele oferite de familie, de relațiile pe care a reușit să le dezvolte cu semenii săi și de importanța pe care ceilalți oameni o au pentru el. În plus, ideile de sens pe care le primesc din religiile și viziunile lor asupra lumii, precum și instrumentele științifice și tehnologice pe care le au la dispoziție sunt, de asemenea, decisive. Considerațiile împerecheate cu exemplul politicienilor, nu sunt limitate la aceștia. Deoarece omul, ca ființă socială, își poate modela viața doar împreună cu alți oameni, fiecare dintre noi are un mandat politic. Ne putem delega sarcinile, dar nu și responsabilitățile:

Transfer la limbă:

Este important pentru noi toți să ne păstrăm limba maternă, dar ar trebui, de asemenea, să fim capabili să vorbim o limbă care să ne ajute să comunicăm cu ceilalți. O astfel de "limbă" este ceea ce psihoterapia transculturală încearcă să ofere - o metacomunicare - comunicare dincolo de conflicte.

viața individului chiar și în cele mai private și intime zone ale sale. Fără a intra într-o analiză mai profundă a conținutului religiilor, putem spune că principiile lor de bază sunt aceleași, în ciuda diferențelor dintre ele. Teoria funcțională a sociologiei și psihologiei ne învață că structurile instituționale construite în contextele religiilor îndeplinesc o funcție. Instituția trebuie să îndeplinească o nevoie practică a societății și a indivizilor săi. Dacă nu are niciun sens și nicio funcție, încetează să existe sau, așa cum se întâmplă din păcate atât de des, încearcă să se salveze în timp prin fixare și dogmatism. Și aici, dimensiunea timpului poate fi văzută ca un principiu de bază al dezvoltării sale.

Religia este ca un remediu care este măsurat în funcție de natura ființei umane. Ea poate avea sens doar atunci când este adecvată cerințelor, nevoilor și exigențelor ființei umane și atunci când ia în considerare conceptele de dezvoltare (principiul timpului), relativitate și unitate. Atunci când o religie greșit înțeleasă duce la tulburări, fixații, limitări ale dezvoltării, rigiditate a apărărilor intelectuale, atunci ea devine lipsită de sens. Astfel, Feuerbach a catalogat-o drept patologie mai degrabă decât teologie, Marx și Engels au numit-o opiu al poporului, iar Freud a caricaturizat-o drept o companie de asigurări.

“Ma Mulți oameni; mici din multe locuri; mici care fac
ma multe lucruri; mici vor schimba fața pământului.
- Proverb african

“Învățați să faceți diferența între o credință
religioasă și o instituție

2. Contribuția liderilor religioși

Deși există o tendință de a ignora religia, nu există niciun argument că religia, într-un context moral și, de asemenea, în contextul furnizării unui crez activ, influențează

3. Contribuția omului de știință

Sarcina religiei este de a oferi ființei umane valori, obiective și sens (a da sens), în timp ce

știința caută explicații și prezintă legi descriptive (găsirea sensului). Există un număr mare de științe și acestea abordează realitatea din perspective diferite. Aici, de asemenea, găsim competiție între științele individuale, cu pretențiile lor de absolutizare a sistemelor lor particulare și rivalitatea lor cu alte sisteme.

Aceste conexiuni ne arată că deciziile preliminare ale unei științe, subiectele pe care le investighează, întrebările pe care le prezintă și metodele sale depind de condiții istorice, societale, ideologice și religioase. Nu numai prin conexiuni geografice omenirea a realizat unitatea funcțională. Aceasta se datorează mult mai mult interdependenței elementelor din structura civilizației sale. Astfel, domeniile precum politica, afacerile, educația, știința, filosofia, psihologia și religia sunt legate între ele printr-o întreagă rețea de conexiuni. Practic, economia nu mai este treaba economiștilor, iar educația nu mai este doar în mâinile părinților. Toate domeniile de activitate au ajuns să fie legate între ele într-un fel sau altul ("globalizare").

Situația noastră actuală, cu independența sa tehnologică non-umană, necesită să lucrăm împreună.

În același timp, individul posedă capacitatea de diferențiere și responsabilitatea care o însoțește. Astfel, el sau ea nu este pasiv subordonat(ă) naturii, ci își determină în mod activ propriul destin în limitele posibilităților disponibile.

Abordare practică

În acest sens, relația unui politician, a unui lider religios, a unui om de știință sau a unui individ poate fi considerată tulburată dacă emotivitatea sa este dezolantă. Prin urmare, se întrebă persoana despre relațiile din cadrul următoarelor cinci categorii:

Cum este relația mea ca politician/cercetător cu propria mea persoană?

Îmi fac timp pentru nevoile mele, cum ar fi somnul, mâncarea, timpul liber și continuarea studiilor?

Cum este relația mea cu partenerul meu?

Există un contact bun cu soția/soțul meu și cu copiii? Îmi fac timp pentru ei, am încredere în ei? Cer doar supunere și politețe de la ei sau pun preț pe un schimb deschis de opinii cu ei? Iau în considerare familia?

Cum este relația mea cu mediul meu social? Cum

este relația mea cu rudele, prietenii, colegii, compatrioții sau orice altă persoană? Sunt pregătit pentru astfel de relații, sociabil, sau am prejudecăți, temeri sau agresivitate față de anumite indivizi sau grupuri?

Cum este relația mea cu profesia mea?

Am ales această profesie voluntar sau am fost forțat să o fac? Nu exista o altă muncă pe care aș fi putut să o fac? Munca pe care o fac mă interesează? Lucrez doar pentru bani sau pentru a-mi permite lucrurile pe care mi le doresc? Sau munca mea a devenit semnificativă pentru mine, o nevoie interioară? Am conflicte în munca mea? Sunt suprasolicitat sau insuficient provocat? Găsesc munca satisfăcătoare, dar nu mă înțeleg bine cu colegii mei? Cum pot contribui la dezvoltarea socială?

Niciun viitor nu poate compensa ceea ce este în neglijat în prezent.
-Attributed to Albert Schweitzer
-Atribuit lui Albert Schweitzer

Gândurile fără conținut sunt goale, intuițiile fără concepte sunt orbe: blind.

- Immanuel Kant

4. Contribuția individului

Atunci când ne întrebăm de unde o persoană și-a dobândit idiosincraziile, opiniile și judecățile de valoare, cel mai probabil ne întoarcem la mediul în care a crescut, și anume familia sa. Continuitatea societății este menținută de regulile de joc pe care o persoană le-a dobândit în familie și de valorile comune care, ca obiective de grup, mențin societatea unită. Individul se află în mijlocul acestor concepte contradictorii, specifice culturii, ideologico-religioase și științifice, care încearcă toate să ofere un sens. Individul va fi zdrobit între aceste pietre de moară concurente dacă niciuna dintre ele nu pare a fi ceva cu care el sau ea s-ar putea identifica.

Rezultatul este că ființa umană însăși este integrată în această unitate și trebuie să adere la anumite ordine, legi ale naturii și reglementări inevitabile. La

Cum este relația mea cu viitorul?

Sunt mulțumit sau nesatisfăcut de prezent? Văd posibilități de dezvoltare sau sunt doar blocat? Mă pot aștepta ca nevoile mele să fie satisfăcute corespunzător în viitor? Care sunt obiectivele mele și care sunt principiile care stau la baza sistemului meu de orientare? Mi-am elaborat singur sistemul de orientare sau l-am primit doar de la alții? Ce înseamnă cu adevărat viața pentru mine? Cum trec peste dificultățile care apar în diverse situații? Sunt dispus să experimentez? Sunt dispus să-mi exprim deschis opinia și să fiu judecat pe baza ei, chiar riscând să pierd buna părere a celorlalți?

Consecințe

Căutarea de către umanitate a unei orientări noi și eficiente va aduce cu sine o schimbare a relației dintre cauză și efect. Persoanele deziluzionate de cultură, societate, politică și religie, care caută refugiu și ajutor în lumea lor privată, vor multiplica la rândul lor problemele colective din cauza acestor relații schimbătoare. Acest lucru ne arată încă o dată că niciunul dintre aceste sisteme culturale nu este bun în sine. Calitățile lor se dezvăluie doar în modul în care sunt eficiente pentru oamenii care trăiesc în interiorul lor și în măsura în care regulile jocurilor lor permit întâlniri constructive cu alte sisteme socioculturale și cu membrii acestora. Așadar, există multe lucruri pe care membrii diferitelor sisteme culturale le-ar putea învăța unii de la alții - chiar dacă învață doar să se înțeleagă reciproc.

REDOBÂNDIȚI-VĂ ECHILIBRUL: CERCETAREA EFICIENȚEI PSIHOTERAPIEI POZITIVE



Claudia Christ

Prof. Dr., MD, medicină internă, Master of Public Health CEO,
Master Trainer of PPT și psihoterapeut la *Akademie an den
Quellen* (Wiesbaden, Germania)

E-mail: christ@akademie-quellen.de



Ferdinand Mitterlehner

Master în psihologie, Master în teologie
CEO și psihoterapeut la *Akademie an den Quellen*
(Wiesbaden, Germania)

E-mail: mitterlehner@akademie-quellen.de



Selina Raisch

Licențiat în psihologie
Director de cercetare și asigurarea calității la *Akademie an
den Quellen* (Wiesbaden, Germania)

E-mail: selina.raisch@live.de

Primit 07.04.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Rezumat

Studiul de față examinează dacă psihoterapia pozitivă (PPT) îndeplinește cei trei factori comuni de eficacitate ai psihoterapiei postulate de Grawe et al. (1994) și, în acest sens, ia în considerare evaluarea factorilor comuni de către terapeuți, durata experienței profesionale a terapeuților și multiplele momente de măsurare. 207 pacienți ambulatorii (66 bărbați, 41 femei) și terapeuții lor - care au fost instruiți în PPT - au evaluat îndeplinirea celor trei factori comuni după o sesiune de terapie individuală. Rezultatele oferă sprijin pentru eficacitatea PPT: pacienții și terapeuții au evaluat atât PPT pentru îndeplinirea celor trei factori comuni de eficacitate. Cu toate acestea, pacienții au perceput îndeplinirea tuturor celor trei factori într-un grad chiar mai ridicat decât terapeuții. În plus, doi dintre factorii comuni au fost considerați mai satisfăcuți atunci când terapeutul curant avea o experiență profesională mai mare decât mai mică. În cele din urmă, pacienții au considerat că terapia este și mai eficientă în timp. Verificarea eficacității psihoterapiei pozitive printr-o măsurare explicită a factorilor comuni de eficacitate conduce la un câștig de cunoștințe și are implicații importante atât pentru psihoterapeuții care practică, cât și pentru cei care predau PPT. În plus, studiul de față oferă abordări noi și interesante pentru cercetările viitoare.

Keywords: psychotherapy research, Positive Psychotherapy, effectiveness research, common efficacy factors, outpatient treatment

Introducere

Cercetarea psihoterapeutică este considerată de mulți autori drept un "aspect fundamental al psihoterapiei

servicii" (de exemplu, Lambert, 1991, p. 1) și este considerată necesară pentru a îmbunătăți rezultatele tratamentului și orientările de tratament ale psihoterapiei (Angus et al., 2014). Relevanța sa rezultă din contribuția pe care

cercetarea în psihoterapie în extinderea cunoștințelor despre procesele și rezultatele psihoterapiei (Strauss et al., 2015) și beneficiile și implicațiile importante pe care le are pentru psihoterapeuții practicanți (Grawe, 1992; McLeod, 2001; Safran et al., 2011; Taubner et al., 2014), precum și pentru formarea continuă a psihoterapeuților (Elkins, 2012; Grawe, 1992). În plus, cercetarea în domeniul psihoterapiei prezintă interes și pentru pacienți (McLeod, 2001), deoarece evaluarea pozitivă a terapiei de către pacienți - inclusiv convingerea că psihoterapia este eficientă și că este probabil să le fie de ajutor - merge mână în mână cu creșterea motivației pentru terapie (Rosenbaum & Horowitz, 1983). În plus, a existat o presiune tot mai mare din partea asigurărilor de sănătate, a organismelor de finanțare și a altor părți interesate pentru a demonstra eficacitatea serviciilor psihoterapeutice (McLeod, 2001; Peseschkian et al., 1999; Presslich-Titscher & Datler, 1994).

Toate cele de mai sus au condus la o creștere a cercetării în domeniul psihoterapiei în ultimii 70 de ani (Fuentes & Nutt Williams, 2017). În general, această cercetare poate fi împărțită în patru faze, în funcție de întrebarea de cercetare particulară investigată (Grawe, 1992). În timpul primei faze, cercetarea s-a concentrat pe demonstrarea eficienței psihoterapiei în general, în timp ce a doua fază s-a axat pe compararea direcțiilor de psihoterapie și, astfel, pe identificarea celei mai eficiente. A treia fază, pe de altă parte, a avut o abordare mai prescriptivă, examinând ce formă de terapie este indicată pentru fiecare pacient. În anii 1990, cercetarea de proces a devenit din ce în ce mai vizibilă și, odată cu aceasta, s-a pus problema modului în care funcționează psihoterapia și ce anume face ca psihoterapia să fie eficientă (Grawe, 1997; Hank & Krampen, 2008; Mattejat, 2011).

În ceea ce privește ultima întrebare de cercetare, Grawe, Donati și Bernauer (1994) - pe baza unei ample examinări empirice a eficacității psihoterapiei - au postulat că trei factori comuni de eficacitate sunt esențiali pentru eficacitatea oricărei psihoterapii: *clarificarea motivațională, ajutorul activ pentru rezolvarea problemelor și sprijinul și relația terapeutică*. Potrivit acestora, *clarificarea motivațională se referă la pătrunderea semnificației amenințătoare a unei anumite situații sau evenimente sau la implicațiile obiectivului unui pacient. Al doilea factor comun al ajutorului activ pentru rezolvarea problemelor se referă la experiența concretă a pacientului de a învăța cum să facă față situațiilor experimentate anterior ca fiind dificile sau provocatoare de anxietate (Grawe, 1997). În cele din*

urmă, Grawe et al. (1994) au definit al treilea factor comun de

psihoterapie ca fiind măsura în care pacientul se simte înțeles de terapeut și poate accepta sprijinul terapeutului. Conform modelului, eficiența psihoterapiei depinde de măsura în care acești trei factori comuni sunt activați prin proceduri terapeutice concrete (Grawe et al., 1994).

Acești factori comuni de eficacitate sensu Grawe et al. (1994) au găsit o acceptare generală în domeniul cercetării psihoterapiei (Mattejat, 2011) și, astfel, au fost utilizați pentru a demonstra sau a compara eficacitatea diferitelor abordări și tratamente psihoterapeutice (de exemplu, Sander et al., 2012; Schramm et al., 2004; Stangier et al., 2010). În acest sens, Nosrat Peseschkian și colegii săi au efectuat un amplu studiu de eficacitate între 1994 și 1997 pentru a demonstra că psihoterapia pozitivă (PPT) îndeplinește cei trei factori comuni de eficacitate definiți de Grawe et al. (1994; Peseschkian & Remmers, 2020). Studiul lor a fost realizat în condiții de practică clinică zilnică și a examinat 402 pacienți cu diferite tulburări psihiatrice și psihosomatice care au fost tratați de terapeuți instruiți în PPT (Peseschkian & Tritt, 1998; Peseschkian et al., 1999). Folosind o baterie de teste psihometrice care a fost decisă în urma consultării cu Grawe, Peseschkian și colegii săi au putut demonstra că "PPT îndeplinește [...] principiile postulate de Grawe [et al. (1994)] pentru eficacitatea psihoterapiei" (Peseschkian & Remmers, 2020, p. 29). Importanța și impactul aceluia studiu de eficacitate sunt evidențiate de premiul pentru activitate remarcabilă în domeniul asigurării calității medicale pe care l-a primit (Peseschkian et al., 1999). Cu toate acestea, trebuie remarcat faptul că cercetătorii de la acea vreme nu puteau decât să deducă îndeplinirea celor trei factori comuni de eficacitate din rezultatele obținute de pacienți la diverse teste psihometrice, deoarece nu exista niciun instrument care să măsoare în mod specific factorii comuni de eficacitate postulați de Grawe et al. (1994).

Acum, peste 20 de ani mai târziu, acest lucru s-a schimbat, deoarece Krampen (2002) a dezvoltat Chestionarul de sesiune pentru psihoterapia individuală generală și diferențială (STEP). Acest instrument a fost conceput pentru a permite o măsurare economică a celor trei factori comuni de eficacitate în conformitate cu Grawe et al. (1994). Chestionarul STEP se referă la experiența pacientului cu privire la o sesiune de terapie individuală, precum și la percepția și evaluarea externă asociată a terapeutului său (Krampen, 2002). Itemii formează trei subscale, și anume *clarificarea motivațională*, *ajutorul activ*

rezolvarea problemelor și relația terapeutică, acoperind astfel cei trei factori comuni definiți de Grawe et al. (1994). Deoarece buna calitate psihometrică a chestionarului STEP a fost atestată de mai multe ori (Beutel & Brähler, 2004; Krampen, 2016; Krampen & Wald, 2001), acest instrument poate fi utilizat pentru a sonda în mod fiabil și explicit cei trei factori comuni de eficacitate.

Prin urmare, studiul de față își propune să examineze dacă PPT îndeplinește cei trei factori comuni de eficacitate postulate de Grawe et al. (1994) atunci când sunt intervievați în mod explicit prin intermediul chestionarului STEP. În plus, prezenta cercetare ia în considerare și evaluarea de către terapeuți a factorilor comuni de eficacitate, diferențele în experiența profesională a terapeuților și multiplele momente de măsurare, permițând o explorare mai sofisticată a modelului de activare a factorilor comuni de eficacitate în PPT. Urmând munca lui Peseschkian și a colegilor, pentru a maximiza generalizabilitatea rezultatelor, a fost ales un cadru naturalist în care chestionarul STEP a fost administrat la 210 pacienți ambulatorii care au fost tratați de terapeuți instruiți în PPT. Astfel, acest studiu reprezintă o continuare a cercetării efectuate de Peseschkian și colegii săi în 1998 și 1999 și oferă dovezi suplimentare pentru eficacitatea PPT.

Metodologie

2.1 Subiecți și designul studiului

Eșantionul studiului a constat din pacienți externi tratați la cabinetul de psihoterapie *Akademie an den Quellen din Wiesbaden*, Germania, între 2014 și 2019. Pacienții au fost rugați să completeze chestionarul STEP direct după o sesiune de terapie obișnuită. Ei au completat chestionarul STEP în diferite etape ale terapiei, în consecință, eșantionul a fost un amestec de pacienți la începutul terapiei, precum și în stadii avansate ale terapiei. Ședințele care urmau să fie evaluate au fost selectate aleatoriu, iar pacienții nu au fost informați în prealabil cu privire la evaluarea planificată pentru a preveni prejudecățile.

În total, 210 pacienți au participat la studiu, dintre care 54 au completat chestionarul de două ori, 17 l-au completat de trei ori și 5 au răspuns de patru ori. Timpul mediu dintre două măsurători a fost de 7 luni. Prezentul studiu reprezintă un studiu clinic în care nu a fost planificat niciun grup de control (studiu cvasi-experimental sau design nealeatoriu; Schramm et al., 2004).

După scanarea datelor pentru potențiale valori aberante, 207 pacienți au fost incluși în analiza statistică pentru prima dată de măsurare. Astfel, acest eșantion a inclus 66 de bărbați și 41 de femei cu vârste cuprinse între 18 și 78 de ani (vârsta medie = 44). Analiza outlier a eșantionului cu două măsuri a rezultat în 52 de pacienți (11 bărbați, 41 de femei, vârsta medie = 43). Deoarece dimensiunile eșantioanelor cu trei și patru măsuri sunt ambele foarte mici, aceste eșantioane nu au fost analizate separat.

Pentru analizele statistice ale eficacității generale a psihoterapiei în cabinet, toate măsurile au fost analizate împreună, deoarece chestionarul STEP este conceput special pentru a evalua sesiunea de terapie tocmai efectuată și, prin urmare, măsurătorile multiple ale aceleiași persoane ar trebui luate în considerare și pentru evaluarea eficacității generale a unei forme de psihoterapie. După excluderea valorilor statistice aberante, eșantionul rezultat, inclusiv măsurătorile multiple ale aceleiași persoane, a constat din 282 de pacienți (86 bărbați, 196 femei, vârsta medie = 44 de ani). În medie, pacienții au fost tratați în cabinet timp de 9,9 luni atunci când au completat chestionarul STEP. Diagnosticile pacienților au inclus depresie (52,9%), tulburări de stres (26,8%), tulburări de anxietate (14,3%), factori psihologici și comportamentali asociați cu tulburări sau boli clasificate în altă parte (15,0%), tulburări somatoforme (7,5%), tulburări de personalitate (6,8%) și altele (22,1%).

2.2 Terapeuți

Un total de 21 de psihoterapeuți au participat la studiul de față, toți lucrând la cabinetul de psihoterapie *Akademie an den Quellen din Wiesbaden*, Germania, pe toată durata studiului. Toți terapeuții au fost instruiți în psihoterapie psihodinamică și PPT. 19 dintre aceștia erau psihoterapeuți în formare la *Wiesbadener Akademie für Psychotherapie* (WIAP), unde se oferă formare psihoterapeutică bazată pe PPT. Ceilalți doi psihoterapeuți sunt amândoi lectori la WIAP: unul este certificat ca master trainer în PPT, în timp ce celălalt este calificat în terapia integrativă sensu Petzold (1993), o abordare foarte asemănătoare cu PPT în ceea ce privește structura și concepția fundamentală a ființei umane.

2.3 Sesiuni de terapie

Toți pacienții incluși în studiul de față au primit săptămânal ședințe de 50 de minute de PPT. PPT este "o formă de

psihodinamică umanistă psihoterapie" (Peseschkian & Remmers, 2020, p. 11). Ea a fost dezvoltată de Nossrat Peseschkian în anii 1970 și 1980 (ebd.). PPT se caracterizează prin centrarea pe conflict și orientarea către resurse, precum și prin integrarea abordărilor din principalele direcții de psihoterapie (ebd.). PPT se concentrează pe capacitățile pacientului și dorește să îl ajute să își descopere potențialul de autoajutorare. Tulburările, conflictele și simptomele sunt văzute ca "o capacitate de a reacționa la conflicte" (ebd., p. 12) și sunt considerate ca făcând parte din integralitatea pacientului, la fel ca resursele, capacitățile și potențialul acestuia.

2.4 Măsurile

Chestionarul de sesiune pentru psihoterapia individuală generală și diferențială [Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Psychotherapie] (STEP; Krampen, 2002) constituie un chestionar economic și standardizat pentru evaluarea factorilor comuni de eficacitate ai proceselor psihoterapeutice distinse de Grawe et al. (1994) din perspectiva pacienților și a terapeuților acestora. Itemii chestionarului se referă direct la experiența unei sesiuni de terapie individuală de către pacient, constituind versiunea pacientului (STEPP), precum și percepția externă a terapeutului său asupra sesiunii și a experienței pacientului, formând versiunea terapeutului (STEPT).

Ambele versiuni sunt concepute ca fiind paralele în ceea ce privește conținutul și cuprind 12 elemente complementare fiecare. Cinci elemente măsoară *clarificarea motivațională* experimentată (versiunea pacientului STEPP) sau percepută (versiunea terapeutului STEPT) a pacientului (STEP-C), patru elemente evaluează *ajutorul activ* experimentat sau perceput *pentru rezolvarea problemelor* (STEP-P) și trei elemente evaluează *relația terapeutică* (STEP-R), respectiv pentru sesiunea de terapie specifică.

Pentru STEPP, pacienții folosesc o scară de răspuns în 7 pași pentru a evalua cât de aplicabile sunt afirmațiile respective la experiențele lor. Fiabilitatea celor trei scale ale versiunii pentru pacienți se situează între Cronbach's $\alpha = 0,76$ și Cronbach's $\alpha = 0,89$. Pentru STEPT, terapeuții evaluează întrebări analoge conținutului legate de percepția lor asupra experienței și comportamentului pacienților pe o scară de răspuns cu 7 trepte. Fiabilitatea celor trei scale ale versiunii terapeutului variază de la Cronbach's $\alpha = 0,78$ la Cronbach's $\alpha = 0,91$. Astfel, toate scalele prezintă consistențe interne bune (Field, 2013).

Din cauza numărului diferit de elemente din cele trei scale, valorile maxime care pot fi atinse variază. Pentru STEP-C poate fi atins un scor total de 35, pentru STEP-P este posibilă o evaluare maximă de 28, iar pentru STEP-R scorul maxim este de 21.

Rezultate

3.1 PPT îndeplinește cei trei factori comuni de eficacitate

Analiza statistică a setului de date care include toate măsurile a arătat că, în comparație cu normele publicate de Krampen (2002), valorile medii ale tuturor subscalelor au fost în intervalul mediu (a se vedea tabelul 1).

Cu toate acestea, atunci când se iau în considerare fluctuațiile aleatorii, valorile medii ale STEPP-P și STEPT-P tind să se situeze în intervalul sub medie spre medie. Deoarece abaterile de la medie sunt destul de mici (a se vedea tabelul 1), în ansamblu, ambele scale pot fi considerate în continuare ca fiind sub medie. Cu toate acestea, este demn de remarcat faptul că ambele scale se referă la *ajutorul activ pentru rezolvarea problemelor* - din punctul de vedere al pacienților și al terapeuților. Prin urmare, acest lucru ar putea implica faptul că terapeuții care practică și predau PPT ar trebui să acorde o atenție deosebită acestui factor comun pentru a asigura îndeplinirea acestuia.

În plus, luând în considerare fluctuațiile aleatorii, valoarea medie a STEPP-R a tins să fie medie sau peste medie, ceea ce sugerează că pacienții percep *relația terapeutică* a factorului comun ca fiind îndeplinită în mod deosebit de PPT (a se vedea tabelul 1).

Luând în considerare toate acestea, se poate afirma că PPT activează cei trei factori comuni de eficacitate distinși de Grawe et al. (1994), atât din punctul de vedere al pacienților, cât și conform evaluării terapeuților, fiind astfel percepută ca fiind eficientă.

Tabelul

1. Valorile normei T , Cronbach's α , deviații standard (SD) și intervalele de încredere (IC) pentru toate scalele STEP.

Scară	T	α	SD	90% CI	Classification
STEPP-C	50	.89	10	[44.56, 55.44]	a
STEPT-C	45	.85	10	[40.08, 49.92]	a
STEPP-P	45	.76	10	[38.64, 51.35]	ba la a
STEPT-P	45	.91	10	[38.44, 51.56]	ba la a
STEPP-R	60	.84	10	[51.97, 68.03]	a la aa
STEPT-R	50	.78	10	[42.31, 57.69]	a

Note. $N = 282$, STEPP-C/STEPT-C = versiunea pacient/terapeut a scalei de clarificare motivațională, STEPP-P/STEPT-P = versiunea

pacient/terapeut a scalei de ajutor activ pentru rezolvarea problemelor, STEPP-R/ STEPT-R = versiunea pacient/terapeut a scalei de relații terapeutice, a = medie, ba = sub medie, aa = peste medie.

3.2 Pacienții consideră că terapia este mai eficientă decât cred terapeuții lor

Interesant, evaluările pacienților au diferit semnificativ de evaluările terapeuților pe toate subscalele și în toate momentele de măsurare (a se vedea Tabelul 2 și Figura 1). Astfel, în medie, pacienții au experimentat toți cei trei factori comuni de eficacitate ca fiind semnificativ mai împliniți decât le-au perceput terapeuții lor.

Deși divergența în evaluarea de către pacienți și terapeuți a unei ședințe de terapie nu este nici alarmantă, nici neobișnuită și este descrisă ca o problemă generică a cercetării proceselor de către Hartmann et al. (2013), diferențele în evaluările chestionarului STEP nu sunt, în general, la fel de uniforme și consecvente pe toate scalele, așa cum a fost cazul în sondajul anterior expedierii. De obicei, se poate observa că uneori pacienții și altelei terapeuții percep factorii comuni de eficacitate ca fiind mai împliniți și că direcția divergenței dintre scale diferă și în cadrul aceluiași eșantion (Krampen, 2002).

O posibilă explicație pentru această divergență neobișnuit de uniformă în ceea ce privește valorile mai ridicate ale evaluărilor pacienților, evidentă în studiul de față, este că terapeuții au o înțelegere mai avansată a celor trei factori comuni și își bazează evaluările asupra acestora pe cunoștințele lor profesionale cu privire la modul în care ar trebui să fie îndepliniți într-o psihoterapie, ceea ce duce la așteptări mai mari și, prin urmare, la o evaluare mai critică. Pe de altă parte, pacienții compară situația psihoterapeutică cu experiențele lor personale anterioare, ceea ce duce la o evaluare mai pozitivă. O explicație similară a fost sugerată de Horvath (2000) cu privire la divergența evaluării alianței terapeutice de către pacienți și terapeuți. Fitzpatrick et al. (2005) au aplicat ipoteza lui Horvath la cele trei dimensiuni ale colaborării la sarcini, colaborării la obiective și legăturii pacient-terapeut. Prin urmare, pare plauzibil ca acest model să fie aplicabil și celor trei factori comuni ai psihoterapiei definiți de Grawe et al. (1994).

Tabelul 2.

Mediile (*M*), abaterile standard (*SD*), valorile *t*- și *p* ale testelor *t* pentru compararea pacienților și a terapeuților

Scară	Pacienții' evaluare		Terapeuții evaluare		<i>t</i> (280)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
STEP-C	25.06	6.04	21.67	5.49	8.53	<.001
STEP-P	19.20	5.23	14.43	6.06	13.13	<.001
STEP-R	18.86	2.36	16.56	2.63	12.90	<.001

Note. *N* = 282. STEP-C = scara de clarificare motivațională (interval de scor = 5-35), STEP-P = scala de ajutor activ pentru rezolvarea problemelor (interval de scor = 4-28), STEP-R = scala relației terapeutice (interval de scor = 3-21).

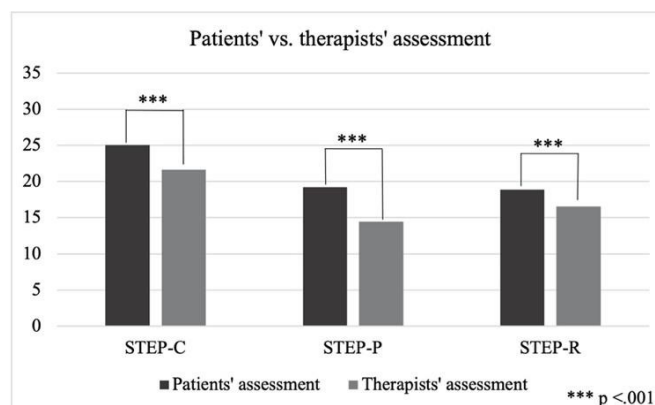


Figura 1. Compararea scorurilor medii ale evaluării pacienților vs. terapeuților pe scalele STEP clarificare motivațională (STEP-C), ajutor activ pentru rezolvarea problemelor (STEP-P) și relație terapeutică (STEP-R).

3.3 Experiența profesională a terapeuților joacă un rol important

Deoarece doi terapeuți cu mulți ani de experiență profesională (experiență profesională medie = 20,56 ani), precum și 19 psihoterapeuți în formare (experiență profesională medie = 3,50 ani) au participat la prezentul studiu, a putut fi examinată și influența experienței profesionale a terapeutului curant asupra evaluării factorilor comuni de eficacitate. Analiza statistică a setului de date care include toate măsurile a arătat că factorul comun de rezolvare a problemelor a fost perceput atât de pacienți, cât și de terapeuți ca fiind semnificativ mai îndeplinit dacă terapeutul curant avea mai multă experiență profesională decât mai puțină. Deoarece cele două scale (STEP-P și STEP-R) au avut tendința de a se situa în intervalul de la sub medie la medie atunci când au fost comparate cu valorile normale, a fost efectuată o altă comparație a normelor pentru terapeuții cu experiență profesională mare și pentru

Această analiză

a arătat că evaluarea pacienților și a terapeuților pentru terapeuții cu experiență s-a situat în intervalul mediu, chiar și atunci când se iau în considerare fluctuațiile aleatorii. Valorile medii pentru terapeuții cu mai puțină experiență profesională, dimpotrivă, au tins să fie sub medie spre medie. Deoarece setul de date analizat include 248 de măsuri ale terapeuților cu experiență profesională redusă, dar numai 34 de măsuri ale terapeuților mai experimentați, pare plauzibil ca efectul experienței profesionale a terapeuților să fi condus la clasificarea generală a STEPP-P și STEPT-P ca fiind sub medie spre medie, care a fost raportată anterior.

În plus, pacienții terapeuților cu mulți ani de experiență profesională au evaluat *relația terapeutică* ca fiind semnificativ mai împlinită decât pacienții terapeuților mai puțin experimentați. Terapeuții înșiși, cu toate acestea, nu au arătat nicio diferență semnificativă în evaluarea acestui factor comun. În ceea ce privește *clarificarea motivațională*, terapeuții și pacienții au fost de acord că nu s-a observat nicio diferență în ceea ce privește îndeplinirea acestui factor comun în funcție de numărul de ani de experiență profesională a terapeutului (a se vedea tabelul 3 și figura 2).

Tabelul
3.

Mediile (*M*), abaterile standard (*SD*), valorile *t* și *p* ale testelor *t* pentru compararea mult versus puțin experiența profesională a terapeutului

Scară	Mult profesională experiență		Mic experiență profesională		<i>t</i> (280)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
STEPP-C	26.59	5.57	24.86	6.07	1.57	.117
STEPT-C	22.71	5.37	21.54	5.49	1.16	.247
STEPP-P	21.12	4.75	18.93	5.70	2.14	.033
STEPT-P	17.94	5.06	13.92	6.07	3.70	<.001
STEPP-R	19.74	1.69	18.70	2.53	3.11	.003
STEPT-R	16.68	3.36	16.59	2.60	0.36	.721

Note. *N* = 282. STEP-C = versiunea pacient/terapeut a scalei de clarificare motivațională (interval de scor = 5-35), STEP-P = versiunea pacient/terapeut a scalei de ajutor activ pentru rezolvarea problemelor (interval de scor = 4-28), STEP-R = versiunea pacient/terapeut a scalei de relație terapeutică (interval de scor = 3-21).

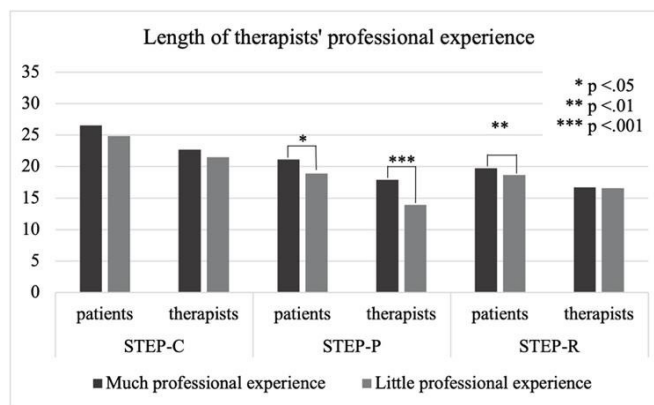


Figura 2. Compararea scorurilor medii ale pacienților și terapeuților la scalele STEP de clarificare motivațională (STEP-C), ajutor activ pentru rezolvarea problemelor (STEP-P) și relație terapeutică (STEP-R) pentru terapeuții cu multă vs. puțină experiență profesională.

Atunci când se compară rezultatele prezentului studiu cu rezultatele comparative raportate în manualul chestionarului STEP (Krampen, 2002), constatările sunt doar parțial corespunzătoare.

Coincizând cu constatările prezente, analizele lui Krampen (2002) au evidențiat, de asemenea, valori semnificativ mai ridicate privind *rezolvarea problemelor* pentru terapeuții cu mai multă experiență profesională, atât din punctul de vedere al terapeuților, cât și al pacienților. Cu toate acestea, evaluările pacienților și ale terapeuților cu privire la *clarificarea motivațională* au fost, de asemenea, mai ridicate pentru terapeuții cu mai multă experiență, ceea ce nu a fost valabil pentru studiul de față. În plus, în cadrul analizelor comparative, evaluarea *relației terapeutice de către* pacienți nu a prezentat diferențe semnificative în funcție de experiența profesională a terapeutului, în timp ce acest lucru s-a întâmplat în cazul prezentei anchete. Deși trebuie avut în vedere faptul că analizele comparative raportate în manual se bazează doar pe eșantioane destul de mici, o explorare mai diferențiată și mai aprofundată a influenței experienței profesionale a terapeuților asupra fiecăruia dintre cei trei factori comuni pare de dorit și pertinentă. Acordul privind direcția efectelor - întotdeauna în sensul unor evaluări mai bune ale factorilor comuni pentru terapeuții cu mai multă experiență profesională - indică totuși că munca terapeutică poate fi predată și învățată.

3.4 Pacienții consideră că terapia este și mai eficientă în timp

Deoarece pentru 52 de pacienți au fost efectuate două măsurători, a fost, de asemenea, posibil să se investigheze dacă și cum evaluarea pacienților și a terapeuților cu privire la cei trei factori comuni de eficacitate ai psihoterapiei a evoluat în timp. A fost demn de remarcat faptul că evaluarea pacienților s-a schimbat semnificativ, aceștia percepend totuși cei trei factori comuni ca fiind și mai puternic îndepliniți în timp. Astfel, pacienții au perceput terapia ca fiind și mai eficientă în timp. Cu toate acestea, un astfel de efect nu a fost observat în rândul terapeuților: aceștia au perceput întotdeauna terapia ca fiind la fel de eficientă pentru pacienți (a se vedea tabelul 4 și figura 3).

Tabelul

4. Mediile (*M*), abaterile standard (*SD*), valorile *t* și *p* ale testelor *t* pentru compararea primului versus al doilea timp de

măsurare.

Scară	Prima dată de măsurare		A doua oară de măsurare		<i>t</i> (280)	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
STEPP-C	24.83	6.25	26.04	5.61	-2.15	.036
STEPT-C	21.57	5.00	21.65	5.34	-0.41	.682
STEPP-P	17.87	5.78	20.19	4.92	-3.65	.001
STEPT-P	13.14	5.99	13.92	6.05	-1.29	.204
STEPP-R	18.06	2.93	18.97	2.04	-2.36	.022
STEPT-R	16.33	2.39	16.25	2.65	0.23	.816

Note. *N* = 282. STEP-C = versiunea pacient/terapeut a scalei de clarificare motivațională (interval de scor = 5-35), STEP-P = versiunea pacient/terapeut a scalei de ajutor activ pentru rezolvarea problemelor (interval de scor = 4-28), STEP-R = versiunea pacient/terapeut a scalei de relație terapeutică (interval de scor = 3-21).

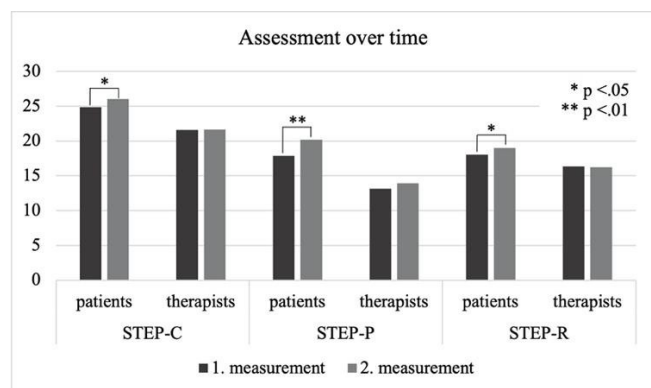


Figura 3. Compararea scorurilor medii ale pacienților și terapeuților la scalele STEP de clarificare motivațională (STEP-C), ajutor activ pentru rezolvarea problemelor (STEP-P) și relație terapeutică (STEP-R) pentru prima vs. a doua măsurare.

Concluzii

Scopul studiului de față a fost de a examina îndeplinirea de către PPT a celor trei factori comuni de eficacitate ai psihoterapiei. Utilizând chestionarul STEP (Krampen, 2002) pentru a măsura în mod explicit factorii comuni postulați de Grawe et al. (1994), rezultatele de față oferă sprijin pentru eficacitatea PPT în sensul că atât pacienții, cât și terapeuții au perceput că PPT îndeplinește cei trei factori comuni de eficacitate. Constatarea că pacienții și terapeuții au evaluat *ajutorul activ pentru rezolvarea problemelor* ca fiind îndeplinit doar la o medie inferioară ar putea fi rezolvată prin luarea în considerare a experienței profesionale a terapeutului curant, care a fost identificată ca fiind deosebit de relevantă pentru îndeplinirea acestui factor comun de eficacitate. Experiența profesională a jucat, de asemenea, un rol pentru evaluarea *relației terapeutice* de către pacienți. *Acest lucru constituie o dovadă a capacității de predare și învățare a activității terapeutice*, în special în ceea ce privește *ajutorul activ pentru rezolvarea problemelor și relația terapeutică*. În plus, pacienții au considerat că toți cei trei factori comuni sunt îndepliniți într-un grad chiar mai mare decât terapeuții. În cele din urmă, s-a constatat că pacienții au perceput terapia ca fiind și mai eficientă în timp, în timp ce o astfel de tendință nu a fost detectată în evaluările terapeuților.

Din cunoștințele autorilor, această lucrare reprezintă prima examinare a îndeplinirii celor trei factori comuni de eficacitate mășurați prin chestionarul STEP în PPT. Prin urmare, aceasta oferă un sprijin important și nou pentru eficacitatea PPT. În plus, datorită luării în considerare a evaluării terapeutului, a duratei experienței profesionale a terapeutului și a multiplelor momente de măsurare, aceasta permite o înțelegere mai profundă a modelelor de activare și face posibilă identificarea aspectelor relevante ale îndeplinirii factorilor comuni. O constatare deosebit de importantă în acest context este influența experienței profesionale asupra îndeplinirii *ajutorului activ pentru rezolvarea problemelor*, deoarece aceasta subliniază importanța acordării unei atenții speciale acestui factor comun în formarea psihoterapeuților în curs de desfășurare.

Pe lângă faptul că oferă răspunsuri semnificative cu privire la eficacitatea PPT, constatările actuale deschid, de asemenea, alte întrebări și oferă astfel abordări importante și interesante pentru cercetările viitoare. În primul rând, ar trebui să existe o examinare mai atentă a factorilor care joacă un rol pentru diferențele de evaluare între pacienți și terapeuți și dacă explicația potențială

sugerată de autori se dovedește a fi adevărată. În plus, cercetările viitoare ar trebui să încerce să clarifice modul în care creșterea experienței profesionale a psihoterapeuților se traduce printr-o mai mare îndeplinire a doi dintre factorii comuni. În cele din urmă, pare interesant de explorat cum și în ce măsură evaluarea de către pacienți a celor trei factori comuni crește în timp.

Rezultatele prezente ar trebui întotdeauna interpretate ținând cont de faptul că acest studiu nu este, de asemenea, lipsit de limitări. Prin urmare, trebuie remarcat faptul că absența unui grup de control limitează concluziile cauzale care pot fi trase din studiu cu privire la eficacitatea PPT. În plus, designul naturalist ales reduce validitatea internă a studiului (Howard et al., 1996). Cu toate acestea, această limitare a fost acceptată, deoarece studiul a vizat examinarea eficacității PPT în condiții naturaliste, subliniind validitatea externă și generalizabilitatea constatărilor (Howard et al., 1996; Leichsenring & Rüger, 2004). Cu toate acestea, datorită motivelor menționate mai sus, o replicare a studiului în condiții mai controlate pare de dorit pentru cercetările viitoare.

În ansamblu, lucrarea de față furnizează dovezi importante, precum și informații suplimentare privind eficacitatea PPT, măsurată prin factorii de eficacitate comuni sensu Grawe et al. (1994). Astfel, aceasta poate fi privită ca o continuare a cercetării lui Peseschkian și a colegilor săi (1998; 1999). Constatările prezente sunt extrem de relevante pentru cercetările viitoare în psihoterapie, precum și pentru psihoterapeuții care practică și predau PPT în întreaga lume.

Referințe

- [1] **ANGUS, L., WATSON, J. C., ELLIOTT, R., SCHNEIDER, K., TIMULAK, L.** (2014). Cercetarea psihoterapiei umaniste 1990-2015: De la inovația metodologică la rezultatele tratamentului susținute de dovezi și dincolo de acestea. *Psychotherapy Research*, Vol. 25(3), pp. 330-347.
- [2] **BEUTEL, M.E., BRÄHLER, E.** (2004). Klinische Untersuchungsverfahren [Proceduri de examinare clinică]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, Vol. 33(4), pp. 319-320.
- [3] **ELKINS, D. N.** (2012). Către un accent comun în cercetarea psihoterapiei. *Psihoterapie*, Vol. 49(4), pp. 450-454.
- [4] **FIELD, A.** (2013). *Descoperirea statisticilor*

utilizând IBM SPSS statistics. Londra: Sage Publishing.

- [5] **FITZPATRICK, M.R., IWAKABE, S., STALIKAS, A.** (2005). Divergența perspectivei în alianța de lucru. *Psychotherapy Research*, Vol. 15(1-2), pp. 69-80.
- [6] **FORTS, J.N., NUTT WILLIAMS, E.** (2017). Cercetare în psihoterapie centrată pe client. *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 64(4), pp. 369- 375.
- [7] **GRAWE, K.** (1992) Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre [Cercetarea psihoterapiei la începutul anilor nouăzeci]. *Psychologische Rundschau*, Vol. 43(3), pp. 132- 162.
- [8] **GRAWE, K.** (1997). Research-informed psychotherapy, *Psychotherapy Research*, Vol. 7(1), pp. 1-19.
- [9] **GRAWE, K., DONATI, R., BERNAUER, F.** (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession* [Psihoterapia în tranziție: de la denominație la profesie]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [10] **HANK, P., KRAMPEN, G.** (2008). *Diagnosticarea terapeutischen Beziehung* [Diagnostic al relației terapeutice]. În: Hermer, M., Röhrle, B. (eds), *Handbuch der therapeutischen Beziehung*, (pp. 141-168). DGVT Verlag.
- [11] **HARTMANN, A., LEOHNART, R., HERMANN, S., JOOS, A., STILES, W.B., ZEECK, A.** (2013). Die Evaluation von Therapiesitzungen durch Patienten und Therapeuten [Evaluarea ședințelor de terapie de către pacienți și terapeuți]. *Diagnostica*, Vol. 59(1), pp. 45-59.
- [12] **HORVATH, A.O.** (2000). Relația terapeutică: De la transfer la alianță. *Journal of clinical psychology*, Vol. 56(2), pp. 163-173.
- [13] **HOWARD, K. I., MORAS, K., BRILL, P. L., MARTINOVICH, Z., LUTZ, W.** (1996). Evaluarea de psihoterapie: Eficacitatea, eficacitatea și progresul pacientului. *American psychologist*, Vol. 51(10), pp. 1059-1064.
- [14] **KRAMPEN, G.** (2002). *Stundenbogen für die allgemeine und differenzielle Einzelpsychotherapie: STEP* [Chestionar de sesiune pentru psihoterapia individuală generală și diferențială]. Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [15] **KRAMPEN, G.** (2016). *STEP*. În: Geue, K., Strauß, B., Brähler, E. (eds.), *Diagnostische Verfahren in*

- der Psychotherapie (ediția a 3-a), (pp. 484-489). Hogrefe Verlag für Psychologie.
- [16] **KRAPPEN, G., WALD, B.** (2001). Kurzinstrumente für die Prozessevaluation und adaptive Indikation in der Allgemeinen und Differentiellen Psychotherapie und Beratung [Instrumente scurte pentru evaluarea procesului și indicația adaptivă în psihoterapia și consilierea generală și diferențială]. *Diagnostica*, Vol. 47(1), pp. 43-50.
- [17] **LAMBERT, M. J.** (1991) *Introducere la cercetarea în psihoterapie*. În: Beutler, L. E., Crago, M. (eds.), *Psychotherapyresearch : An international review of programmatic studies*, (pp. 1-11). Asociația Americană de Psihologie.
- [18] **LEICHSENRING, F., RÜGER, U.** (2004). Psychotherapeutische Behandlungsverfahren auf dem Prüfstand der Evidence Based Medicine (EBM) Randomisierte kontrollierte Studien vs. naturalistische Studien - Gibt es nur einen Goldstandard? *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, Vol. 50(2), pp. 203- 217.
- [19] **MATTEJAT, F.** (2011). Geschichte der empirischen Psychotherapieforschung unter besonderer Berücksichtigung der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie [Istoria cercetării empirice în psihoterapie cu referire specială la psihoterapia copilului și adolescentului]. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, Vol. 60(8), pp. 606-625.
- [20] **MCLEOD, J.** (2001). Dezvoltarea unei tradiții de cercetare în concordanță cu practicile și valorile consilierii și psihoterapiei: De ce este necesară Counselling and Psychotherapy Research. *Counselling and Psychotherapy Research*, Vol. 1(1), pp. 3-11.
- [21] **PESECHKIAN, N., TRITT, K.** (1998). Pozitiv studiul eficienței psihoterapiei și asigurarea calității. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*, Vol. 1(1), pp. 93-104.
- [22] **PESECHKIAN, N., KICK, H., SCHEURER, H., KRÖMKER, J., TRITT, K., LOEW, T.** (1999). Psihoterapie pozitivă : Ein kurzzeittherapeutisches Verfahren unter Einbeziehung computergestützter Qualitätssicherung [Psihoterapie pozitivă: O procedură terapeutică pe termen scurt care încorporează asigurarea calității asistată de calculator]. *Psychotherapie Forum*, Vol. 7(1), pp. 1-7.
- [23] **PESECHKIAN, H., REMMERS, A.** (2020) *Pozitiv Psihoterapie: O introducere*. În: Messias, E., Peseschkian, H., Cagande, C. (eds), *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, (pp. 3-9). Springer, Cham.
- [24] **PETZOLD, H. G.** (1993). *Integrative Therapie: Modelle, Theorien und Methoden für eine schulenübergreifende Psychotherapie (Band 1)* [Terapie integrativă: modele, teorii și metode pentru terapia interșcolară (Vol. 1)]. Junfermann.
- [25] **PRESSLICH-TITSCHER, E., DATLER, W.** (1994). Wirksamkeitsforschung in der Psychotherapie und öffentlicher Legitimationsdruck: Eine Stellungnahme aus der Sicht der Österreichischen Individualpsychologie [Cercetarea eficacității în psihoterapie și presiunea publică pentru legitimitate: A statement from the perspective of Austrian individual psychology]. *Zeitschrift für Individualpsychologie*, Vol. 19, pp. 203-213.
- [26] **ROSENBAUM, R. L., HOROWITZ, M. J.** (1983). Motivația pentru psihoterapie: o analiză factorială și conceptuală. *Psychotherapy: theory, research and practice*, Vol. 20(3), pp. 346-354.
- [27] **SAFRAN, J. D., ABREU, I., OGILVIE, J., DEMARIA, A.** (2011). Cercetarea în psihoterapie influențează practica clinică a cercetătorilor clinicieni? *Psihologie clinică: Știință și practică*, Vol. 18(4), pp. 357-371.
- [28] **SANDER, L., ZOBEL, I., DYKIEREK, P., SCHRAMM, E.** (2012). Allgemeine Wirkfaktoren bei der Behandlung depressiver Patienten - Vergleich zweier Psychotherapieansätze [Factori comuni de eficacitate în tratamentul pacienților depresivi - compararea a două abordări de psihoterapie]. *Verhaltenstherapie*, Vol. 22, pp. 228-235.
- [29] **SCHRAMM, E., VAN CALKER, D., BERGER, M.** (2004). Wirksamkeit und Wirkfaktoren der interpersonellen Psychotherapie in der stationären Depressionsbehandlung - Ergebnisse einer Pilotstudie [Eficacitatea și factorii terapeutici ai psihoterapiei interpersonale pentru pacienții deprimați internați - Rezultatele unui studiu pilot]. *Psihoterapie*,

- Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, Vol. 54(2), pp. 65-72.
- [30] **STANGIER, U., VON CONSBRUCH, K., SCHRAMM, E., HEIDENREICH, T.** (2010). Factorii comuni ai terapiei cognitive și ai psihoterapiei interpersonale în tratamentul fobiei sociale. *Anxiety, Stress & Coping*, Vol. 23(3), pp. 289-301.
- [31] **STRAUSS, B. M., LUTZ, W., STEFFANOWSKI, A. WITTMANN, W. W., BOEHNKE, J. R., RUBEL, J., ..., KIRCHMANN, H.** (2015). Beneficii și provocări în psihoterapia orientată spre practică cercetare în Germania: Proiectele TK și QS-PSY-BAY de asigurare a calității în psihoterapia ambulatorie. *Psychotherapy Research*, Vol. 25(1), pp. 32-51.
- [32] **TAUBNER, S., KLASSEN, J., MUNDER, T.** (2014). De ce participă psihoterapeuții la cercetarea în psihoterapie și de ce nu? Rezultatele Chestionarului privind atitudinile față de cercetarea în psihoterapie cu un eșantion de psihoterapeuți germani cu experiență. *Psychotherapy Research*, Vol. 26(3), pp. 318-331

POSIBILITĂȚILE PSIHOTERAPIEI POZITIVE ÎN FORMAREA REZISTENȚEI



Olena Chykhantsova

Doctor în psihologie, profesor asociat Chamata
Laboratorul de Psihologie a Personalității
Consultant de bază al PPT
G. S. Kostyuk Institutul de Psihologie al NAES din Ucraina
(Kiev, Ucraina)
E-mail: chykhantsova@gmail.com



Olga Kuprieieva

Doctor în psihologie, profesor asociat,
Universitatea Națională Taras Shevchenko
din Kiev Consultant de bază al PPT
(Kiev, Ucraina)
E-mail: consultok0804@gmail.com

Primit 05.04.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Rezumat

Scopul principal al acestui studiu a fost de a explora posibilitățile psihoterapiei pozitive în formarea tenacității și de a aprofunda relația dintre tenacitate și capacitățile reale ale persoanei. Datele au fost colectate de la 380 de persoane din Ucraina, cu vârste cuprinse între 19 și 62 de ani. Respondenții au completat Inventarul Wiesbaden pentru psihoterapie pozitivă și terapie de familie (WIPPF 2.0), care a fost dezvoltat de N. Peseschkian în colaborare cu H. Deidenbach și Scala Maddi Hardiness. Am utilizat coeficientul de corelație Pearson pentru a măsura relația statistică dintre hărnicie și capacitățile personale. De asemenea, am utilizat analiza de regresie pentru a determina indicatorii de prognostic pentru hărnicie. Ca rezultat al cercetării noastre, am constatat că capacitățile de contact, încredere, speranță, dragoste, realizare și fiabilitate au cea mai mare influență asupra hardiness-ului.

Keywords: hardiness, Positive Psychotherapy, personality features, primary and secondary capabilities

Introducere

În lumea științifică modernă, conceptul de tenacitate personală atrage din ce în ce mai mult atenția cercetătorilor. Problemele de pierdere a sensului vieții, de a face față factorilor stresanți, în special în activitate, îndeamnă la explorarea mijloacelor de sprijin psihologic și psihoterapeutic.

Conceptul de "robustețe" a fost prezentat pentru prima dată de Suzanne C. Kobasa (1979) ca un stil sau un model de personalitate asociat cu menținerea unei stări bune de sănătate și

performanța în condiții de stres (Mund, 2016). Acest concept este definit ca o caracteristică de bază a unei personalități, sistemul de atitudini și credințe ale unui individ care mediază impactul situațiilor de viață adverse asupra conștiinței și comportamentului uman (Maddi, 2013).

Astfel, S. Kobasa și S. Maddi (2002) au caracterizat rezistența ca fiind alcătuită din trei componente, cunoscute sub numele de cele 3C: 1) angajament, 2) control și 3) provocare. "Angajamentul" este o caracteristică importantă a atitudinii unei persoane față de ea însăși, lumea înconjurătoare și interacțiunile cu aceasta, care conferă forță și

o motivează spre autorealizare, leadership, gânduri și comportamente sănătoase; îi permite persoanei să se simtă importantă și suficient de valoroasă pentru a se implica pe deplin în rezolvarea problemelor vieții fără a acorda atenție factorilor de stres și schimbărilor. 'Controlul' asupra circumstanțelor ajută la găsirea unor modalități de a influența rezultatul schimbărilor din cauza stresului, mai degrabă decât să cadă într-o stare de neputință și pasivitate. "Provocarea" ajută o persoană să fie deschisă la lumea înconjurătoare, la alți oameni și la societate. Esența sa constă în perceperea de către o persoană a evenimentelor și problemelor sale de viață ca fiind o provocare și un test pentru ea însăși. Aspectul aplicat al rezistenței este determinat de rolul pe care parametrii săi personali îl joacă în toleranța la situațiile stresante (Baranauskienė, Serdiuk, Chykhantsova, 2016).

D. Leontiev consideră că hărnicia este un fel de analog psihologic al nucleului de viață al unei persoane, care reflectă gradul de depășire de către aceasta a anumitor situații stresante și de adaptare la circumstanțele date, precum și o măsură a eforturilor aplicate pentru autodepășire și depășirea circumstanțelor nefavorabile din viață (Leontev, 2002). Potrivit lui S. Maddi, "hărnicia a apărut ca un set de atitudini sau convingeri despre tine însuși în interacțiunea cu lumea din jurul tău, care îți oferă curajul și motivația de a face munca grea de a transforma schimbările de stres din dezastre potențiale în oportunități în schimb" (Maddi, 2004, p. 286).

Un factor important pentru reziliență sunt ipotezele fundamentale ale unui individ (Janoff-Bulman, 1992), care stau la baza imaginii sale despre lume, sunt incluse în actele de alegere umană internă, deci sunt baza pentru autodeterminare, scop și autodezvoltare. Aceste ipoteze fundamentale, ca unitate a viziunii asupra lumii, sunt un criteriu pentru alegerile valorice făcute de un individ în diferite circumstanțe de viață și o bază pentru anumite semnificații personale (Kuprieieva et al., 2020).

Important este faptul că nu doar hărnicia ca potențial uman, ci și Psihoterapia Pozitivă (PPT) ca abordare terapeutică se numără printre resursele care asigură capacitatea unei persoane de a depăși stresul. Potrivit lui E. Messias (2020), caracteristica Psihoterapiei Pozitive este o schimbare a accentului abordărilor față de o persoană, de la orientarea către simptome și deficite, la dezvoltarea și susținerea resurselor sale interne. Cu alte cuvinte, psihoterapia pozitivă este un astfel de model terapeutic care a urmărit reorientarea abordării terapeutice pentru a fi

mai centrată pe

sprijinirea clienților să își folosească resursele interioare pentru a depăși provocările, să înțeleagă și să recunoască domeniile de creștere și să se concentreze, în schimb, pe munca în vederea obținerii rezistenței (Mead, 2021). Psihoterapia pozitivă, cu ajutorul reflecției și al autoevaluării, permite persoanelor să ajungă la conștientizarea resurselor lor, a conținutului conflictului, a caracteristicilor reacțiilor conflictuale și a originii lor psihodinamice. Conflictul de bază este descris prin capacități primare și secundare, iar în timpul terapiei sensul personal și dezvoltarea fiecărei capacități sunt reflectate, diferențiate, compilate de om (Dobiața, Winkler, 2016).

Conform teoriei PPT, fiecare persoană are două capacități de bază: capacitatea de percepție și capacitatea de iubire. N. Pesechian (1987) a concluzionat că aceste două capacități de bază sunt cele care stau la baza abilităților noastre ulterioare. PPT caută să exploreze cele două capacități de bază ale unei persoane pentru a înțelege mai bine și, după caz, pentru a aborda dezechilibrele în vederea creării unor rezultate pozitive suplimentare. Psihoterapia pozitivă consideră că ființele umane sunt capabile să ajute persoana, care dorește să ducă o viață plină de sens și împlinită, să crească, să se maturizeze și să se dezvolte (Dobiața, Winkler, 2016).

În consecință, în studiul nostru încercăm să investigăm rolul psihoterapiei pozitive în dezvoltarea rezistenței unei persoane.

Obiectul cercetării - caracteristicile personale ale rezistenței.

Scopul cercetării - de a investiga importanța capacităților primare și secundare în formarea rezistenței unei persoane.

Metodologie

2.1. Metode și organizarea cercetării

Studiul a fost efectuat pe baza Laboratorului de Psihologie a Personalității al Institutului de Psihologie Kostiuk al Academiei Naționale de Științe ale Educației din Ucraina.

În studiul empiric am utilizat următoarele metode:

1. Inventarul Wiesbaden pentru psihoterapie pozitivă și terapie de familie (WIPPF 2.0), care a fost dezvoltat de N. Pesechian în colaborare cu H. Deidenbach (Pesechian, & Deidenbach, 1988), tradus și adaptat pentru eșantionul ucrainean de L. Serdiuk și S. Otenko (Serdiuk, Otenko, 2021). Chestionarul este format din 27 de scale care ne permit să evaluăm semnificația subiectivă a propriei personalități

trăsături în următoarele trei secțiuni: 1) capacități reale (secundare în raport cu propriul comportament; primare în raport cu sine însuși); 2) reacții conflictuale manifestate în patru domenii ale modelului de echilibru; 3) parametri percepți subiectiv ai modelului de relație. Toate întrebările au fost evaluate pe o scară de patru puncte, variind de la puternic de acord la puternic dezacord. Alfa lui Cronbach a variat în funcție de diferitele scale WIPPF în versiunea ucraineană de la 0,73 la 0,86 (Serdiuk, Otenko, 2021).

2. Maddi Hardiness Scale, versiune adaptată de D. Leontev și E. Rasskasova (Leontev, & Rasskasova, 2006). Acesta a fost conceput pentru a determina capacitatea personală și dorința de a acționa activ și flexibil în situații de stres și dificultăți. Scala conține un indicator general al tenacității și trei scale: angajament, control și provocare. Are 45 de afirmații și 4 opțiuni de răspuns de la 1 (*complet dezacord*) la 4 (*complet de acord*). Alfa lui Cronbach a fost de 0,81.

Pentru analiza statistică a datelor obținute, au fost utilizate următoarele metode de statistică matematică: corelația, analiza regresiei. Prelucrarea datelor empirice obținute s-a realizat utilizând pachetul software statistic SPSS 21.0 pentru Windows.

2.2. Participanți la cercetare

Eșantionul studiului nostru a fost format din 380 de persoane, inclusiv 96 de bărbați (25,26%) și 284 de femei (74,74%) din diferite regiuni ale Ucrainei, cu vârste cuprinse între 19 și 62 de ani. Vârsta medie 37,7 ± 11,1. În conformitate cu modul de selecție, eșantionul este aleatoriu pentru a evita denaturarea neintenționată sau deliberată a faptelor.

Rezultate

Tabelul 1 prezintă corelațiile dintre variabilele de studiu. Rezultatele coeficientului de corelație Pearson obținute indică faptul că există mai multe corelații între capacitățile primare. Prin urmare, putem spune că următoarele capacități primare au relații cu duritatea: speranța ($r = 0,533$; $p < 0,01$), încrederea ($r = 0,451$; $p < 0,01$), contactul ($r = 0,439$; $p < 0,01$) și dragostea ($r = 0,419$; $p < 0,01$). Acest lucru indică faptul că tenacitatea poate fi dezvoltată prin exemplul individului prin intermediul relațiilor. Credința se corelează cu provocarea ca o componentă a rezistenței ($r = 0,325$; $p < 0,01$). Sexualitatea corelează cu duritatea generală ($r = 0,330$; $p < 0,01$) și cu controlul ($r = 0,335$; $p < 0,01$). Aceasta înseamnă că respondenții sunt conștienți de capacitățile lor și

caracteristici, autorefectează și demonstrează înțelegere de sine. Capacitățile primare influențează experiențele corespunzătoare asupra dispoziției și stării fizice, ceea ce este important în situații stresante.

Dintre capacitățile secundare, influența asupra dârzeniei o au: punctualitatea ($r = 0,383$; $p < 0,01$), fiabilitatea ($r = 0,381$; $p < 0,01$) și realizarea ($r = 0,358$; $p < 0,05$). Cu ajutorul acestor capacități secundare, o persoană încearcă să controleze o situație stresantă și să dovedească tenacitate.

Ca urmare a cercetării noastre, am constatat că oamenii tind să se exprime în termeni de calitate acceptabile din punct de vedere social, în același timp, comportamentul real se dovedește adesea a fi opus. Prin conștientizarea polilor, devine posibilă creșterea acceptării și înțelegerii de sine.

Tabelul 1.

Relațiile dintre tenacitate și capacitățile personale

Capacități reale		Rezistență			
		angajament	control	provocare	indicator general al rezistenței
Capacități secundare	Ordinea	.265	.277	-.105	.331
	Curățenie	-.223	.253	-.157*	.334**
	Punctualitatea	.358*	.029*	.390*	.383**
	Politețea	-.023	.163*	-.133	-.103
	Deschidere	.141*	.096	.046	.115
	Realizări	.388**	.364*	.347	.358*
	Fiabilitate	.311**	.245*	.298	.381**
	Economisire	.229	.294	.370**	.328*
	Obediența	-.035	.011	.216**	-.071
	Justiție	.139*	.125	.037	.122
Capacități primare	Exactitate	.223**	.158*	.115	.196**
	Răbdare	.158*	.126	.140*	.159*
	Timp	.164**	.273**	.252**	.242**
	Persoană de contact	.483**	.474**	.341**	.439**
	Încredere	.423**	.432**	.368**	.451**
	Speranța	.514**	.507**	.387**	.533**
	Sexualitate	.250**	.335**	.283**	.330**
	Dragoste	.420**	.385**	.443**	.419**
Credință	.201	.259	.325**	.264	

Notă: **. Corelația este semnificativă la nivelul de 0,01 (cu două tășuri). *. Corelația este semnificativă la nivelul de 0,05 (cu două cozi). Este interesant de observat că toate cele trei componente ale rezistenței (angajament, control și provocare) au corelații cu capacitățile primare precum contactul, încrederea, speranța și dragostea. Acest lucru înseamnă că emoțiile iau primul

loc și sunt foarte importante pentru dezvoltarea rezistenței. Acest lucru poate fi explicat prin faptul că, în esență, capacitățile primare se referă la experiența de viață care a fost dobândită în legătură cu capacitățile secundare. Astfel, dezvoltarea rezistenței prin psihoterapie pozitivă va însemna că persoana poate crește acceptarea și înțelegerea de sine.

Am utilizat analiza de regresie pentru a determina indicatorii de prognoză pentru robustețe. Tabelul 2 prezintă calculul rezultatelor pentru indicatorii de predicție a rezistenței.

Tabelul
2.

Model de prognostic al rezistenței

Model	R	R pătrat	R pătrat ajustat	Eroarea Std. a estimării
1	,654 ^a	,527	,410	12,9694

Notă: Predictorii: (const) dragoste, fiabilitate, contact, realizare, speranță, încredere.

Variabilă dependentă: robustețe

După cum vedem, capacitatea primară a iubirii este pe primul loc în formarea rezistenței. Setările de bază se formează pe baza capacităților primare și trebuie să le acordăm atenție, deoarece acestea stau la baza screening-ului uman și a dezvoltării rezistenței. Astfel, predictorii care au un impact pozitiv asupra rezistenței sunt capacitățile primare și secundare: fiabilitate, contact, realizare, speranță, încredere.

Capacitățile reale sunt principalul instrument de lucru în psihoterapia pozitivă, deoarece acestea sunt conținutul conflictului și sunt tipul de norme de valoare care ne ajută să construim rezistența.

Concluzii

Acest studiu reprezintă una dintre primele încercări de a examina rolul capacităților reale (capacități primare și secundare) în ceea ce privește rezistența. Acest rezultat confirmă definiția rezistenței ca o resursă individuală care poate fi îmbunătățită atunci când oamenii își dezvoltă capacitățile prin psihoterapie pozitivă.

Inventarul Wiesbaden pentru psihoterapie pozitivă și terapie familială este un instrument original pentru studiul trăsăturilor de personalitate, al capacităților primare și secundare.

Folosind acest inventar, am studiat impactul capacităților personale asupra dezvoltării rezistenței.

În studiul nostru, am constatat că astfel de componente ale hardiness-ului precum angajamentul, controlul și provocarea

implică capacitățile personale în interacțiune cu parametrii unei situații dificile din punct de vedere existențial.

Deoarece capacitățile reale sunt conținutul educației, ele se formează la indivizi în conformitate cu nevoile societății. Acestea sunt variabile de socializare, astfel încât unele capacități prevalează asupra altora. Acest lucru a fost demonstrat în studiul nostru. O persoană își formează și își dezvoltă abilitățile în funcție de micro și macro societate. Ca urmare, eșantionul nostru este caracterizat de următorii indicatori. Cele mai puternice corelații au fost găsite între tenacitate și capacitățile primare: contact, încredere, speranță și dragoste și capacitățile secundare: realizare și fiabilitate. Am demonstrat, de asemenea, că capacitățile primare și secundare ca predictorii au un impact pozitiv asupra rezistenței. Capacitatea primară de iubire se află pe primul loc în topul predictorilor rezistenței. În funcție de condiția fizică, mediul și timpul în care trăiește o persoană, aceste capacități sunt diferențiate și formează o structură neschimbătoare de trăsături esențiale. Aceste abilități sunt prezente în mod constant în viața de zi cu zi, în diverse situații.

Capacitățile primare asigură dezvoltarea viabilității ca resurse interne ale individului. În funcție de condiția fizică, mediul și timpul în care trăiește o persoană, aceste capacități sunt diferențiate și afectează formarea rezistenței.

Cercetările noastre au confirmat că PPT ajută persoanele să înțeleagă mai bine abilitățile și capacitățile pe care le au și pe care ar putea fi nevoie să le dezvolte, pentru a obține un sentiment mai mare de echilibru interior, care este important pentru formarea și dezvoltarea rezistenței.

Deoarece scopul cercetării a fost de a investiga importanța capacităților primare și secundare ca capacități reale în formarea rezistenței unei persoane, nu am stabilit diferențe între capacitățile primare și secundare în acest proces. Dar acest lucru este în planurile pentru cercetări viitoare. De asemenea, cercetările viitoare ar trebui să utilizeze un plan de cercetare longitudinală care să demonstreze fără echivoc că dezvoltarea capacităților reale poate influența în mod constant rezistența persoanelor, care, ca urmare, se va reflecta în starea lor generală de sănătate fizică și mentală.

Referințe

- [1] **BARANAUSKIENĖ, I., SERDIUK, L., CHYKHANTSOVA, O.** (2016). Caracteristici psihologice ale rezistenței absolvenților de școală la

- autodeterminarea profesională. *Asistență socială: abordare interdisciplinară*, 2(6), 64-73. DOI: [10.21277/sw.v2i6.275](https://doi.org/10.21277/sw.v2i6.275)
- [2] **DOBIAŁA, E., & WINKLER, P.** (2016). "Psihoterapia pozitivă" conformă cu Seligman și "Psihoterapia pozitivă" conformă cu Peseschkian: O comparație. URL: <https://www.positum.org/ppt-publications/positive-psychotherapy-according-to-seligman-and-positive-psychotherapy-according-to-peseschkian-a-comparison/> [accesat: 04.04.2021]
- [3] **JANOFF-BULMAN, R.** (1992). *Shattered assumptions*. New York, NY: Free Press
- [4] **KOBASA, S. C.** (1979). Evenimente de viață stresante, personalitate și sănătate: o anchetă asupra rezistenței. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1-11. DOI: [10.1037/0022-3514.37.1.1](https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1)
- [5] **KUPRIEIEVA O., TRAVERSE, T., SERDIUK L., CHYKHANTSOVA O., SHAMYCH O.** (2020). Ipoteze fundamentale ca predictor ai rezistenței psihologice a elevilor cu handicap. *Asistență socială: abordare interdisciplinară*, 1(10). C. 96-105. DOI: [10.21277/sw.v1i10.566](https://doi.org/10.21277/sw.v1i10.566)
- [6] **LEONTEV, D., & RASSKAZOVA, E.** (2006). Тест жизнестойкости [Test de rezistență psihologică]. Moscova: Smysl. https://www.aksp.ru/work/activity/nac_strateg/resurs_centr/files/soln_testgizn.pdf [accesat: 04.04.2021]
- [7] **MADDI, S. R.** (2002). Povestea rezistenței: Douăzeci de ani de teoretizare, cercetare și practică. *Consulting Psychology Journal: Practică și cercetare*, 54(3), 173-185. DOI: [10.1037/1061-4087.54.3.173](https://doi.org/10.1037/1061-4087.54.3.173)
- [8] **MEAD, E.** (2021). Ce este psihoterapia pozitivă? (Beneficii și model). URL: <https://positivepsychology.com/> [accesat: 04.04.2021]
- [9] **MESSIAS, E., PESECHKIAN, H, CAGANDE, C.** (editori) (2020). *Psihiatrie, psihoterapie și psihologie pozitivă - aplicații clinice*. Springer International Publishing, Cham.
- [10] **MUND, P.** (2016). Conceptul Kobasa de robustețe. *International Research Journal of Engineering, IT & Scientific Research*, 2(1), 34-40. URL: <https://sloap.org/journals/index.php/irjeis/article/view/243> [accesat: 04.04.2021]
- [11] **PESECHKIAN, N.** (2000). *Psihoterapie pozitivă; Teoria și practica unei noi metode*. Author House UK. ISBN 978-8120722439
- [12] **SERDIUK, L., OTENKO, S.** (2021). Adaptarea în limba ucraineană pentru Inventarul Wiesbaden pentru psihoterapie pozitivă și terapie de familie (WIPPF). "Psihoterapeutul global", vol. 1, nr. 1, pp. 11-14. DOI: [10.52982/lkj135](https://doi.org/10.52982/lkj135)

Recunoștințe

Autorii doresc să-i mulțumească **Liudmylei Serdiuk**, D.Sc. (Psihologie), profesor, șef al Laboratorului de Psihologie a Personalității, Institutul de Psihologie Kostiuik, NAES din Ucraina pentru sprijinul acordat, pentru clarificările privind utilizarea versiunii ucrainene a Inventarului Wiesbaden pentru psihoterapia pozitivă și terapia de familie și pentru oportunitatea de a efectua cercetări pe baza laboratorului de psihologie a personalității.

SPECTRUL REACȚIILOR DE FRUSTRARE ÎN TIMPUL CRIZEI PUBERTĂȚII



Stefanka Tomcheva

PhD, psiholog, Master Trainer al PPT (Shumen, Bulgaria)

Studioul de sprijin psihosocial "Selena",

E-mail: stefani_petkova@yahoo.com



Zlatoslav Arabadzhiev

MD, PhD, Consultant de bază în psihoterapie pozitivă

(Plovdiv, Bulgaria)

E-mail: zlatolini@gmail.com

Primit 25.04.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Rezumat

În fiecare sferă a vieții, fie că este vorba de educație, academică sau personală, adolescenții se confruntă cu o mulțime de obstacole în calea atingerii obiectivelor lor în viață. Uneori sunt capabili să le facă față rațional, dar alteori le fac față emoțional. Dacă sunt incapabili să facă față acestor obstacole, devin frustrați. Pentru a face față frustrării, adolescenții au nevoie de timp pentru a-și dezvolta abilitățile sociale și emoționale. Acest lucru înseamnă că trebuie să aibă flexibilitate, gânduri optimiste și abilități de a controla impulsurile. Studiul de față willexaminează reacțiile adolescenților în situații de frustrare și nivelul general al tendințelor agresive, precum și prezența unei legături între reacțiile de frustrare și comportamentul agresiv. În perioada 2018-2020 am consultat 212 adolescenți și părinții acestora în cabinetul nostru. Acordul informat pentru includerea în studiul caracteristicilor și dinamicii reacțiilor în situații de frustrare a fost obținut de la părinții a 109 adolescenți, toți de sex masculin - 57 (52,3%) în vârstă de 12-14 ani și 52 (47,7%) în vârstă de 15 -17 ani. Rezultatele au arătat că adolescenții sunt concentrați pe lumea lor interioară și cred că lumea ar trebui să fie ceea ce vor ei să fie. Ei nu au suficientă experiență pentru a judeca și a accepta opinii care diferă de ale lor. Ei încearcă să ascundă incertitudinea în ceea ce privește abilitățile și competențele lor, bazându-se pe mecanisme de protecție.

Cuvinte cheie: frustrare, adolescenți, agresivitate, criză, psihoterapie pozitivă

Introducere

Pe parcursul dezvoltării individuale, o persoană trece prin diferite perioade. În fiecare dintre ele, persoana se confruntă cu rezolvarea diferitelor "sarcini psihologice", care necesită o anumită resursă pentru a trece

"cu succes". Dacă acest lucru se întâmplă, individul rezolvă criza corespunzătoare, "acumulează" noi "experiențe psihologice" și trece la un nivel superior de funcționare personală. Se dezvoltă modele de rol adecvate și noi strategii de coping (Boncheva, 2013). În fiecare criză normativă există: obiectiv

factori, cel mai adesea schimbări care provin din mediu sau procese fiziologice și un factor subiectiv - deficit, modalități de supraviețuire și rezolvare a crizei.

Pubertatea este numită pe bună dreptate o criză. În această perioadă există schimbări semnificative în formarea personalității, care conduc la o schimbare radicală a comportamentului, intereselor și atitudinilor adolescenților.

În timpul crizei pubertății, începe și se încheie una dintre cele mai complexe și controversate etape din viața fiecărei persoane. L.S. Vygotsky (1984) identifică trei faze în timpul crizei pubertății:

- Faza negativă (precriză) - Începe în jurul anului 10 - 11. Sistemul de valori începe să se rearanjeze, stereotipurile sunt sparte. Încep problemele în relația dintre părinți și copii.
- Criza reală - 12 - 14/13 - 15 ani. Această fază poate trece prin mai multe moduri diferite: de la negativism exprimat față de toate sferile vieții, la o tranziție lină către stăpânirea unor noi abilități. Domeniul de interese și modul de gândire se extinde, apar noi oportunități. Adolescentul își apără individualitatea și se luptă să se separe de părinți.
- Faza pozitivă (postcriză). Aceasta marchează sfârșitul crizei, o perioadă mai degrabă calmă, caracterizată de un orizont deja extins (gândire prognostică), o viziune asupra lumii schimbată, valori de viață formate și o anumită cale de dezvoltare ulterioară.

Dezvoltarea fizică și fiziologică intensă îi determină pe adolescenți să se privească diferit. Potrivit lui I. Boncheva (2013, p. 102), "în timp ce la vârstele anterioare sarcina lor principală era să se adapteze la lumea din afara lor, acum începe încercarea conștientă de a adapta lumea la nevoile lor personale crescute. Principalul conflict este lupta dintre nivelul relativ scăzut de maturizare psihosocială și nevoia crescută de identitate sexuală". Și dacă la început provocările cu care se confruntă adolescenții sunt schimbările pe care le suferă corpul, atunci următoarea provocare, mult mai complexă, este cum să își construiască relațiile sociale într-un mod nou (figurile 1, 2, 3, 4).

Corp

Începutul pubertății, apariția caracteristicilor sexuale secundare, creșterea și schimbarea rapidă a corpului, schimbări bruște de dispoziție, însoțite de un sentiment de influx de forță și energie la neputință.

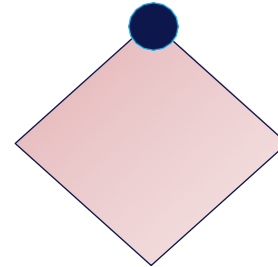


Fig. 1. Corp

Realizări

Deficiențe: Pierderea interesului pentru activitățile anterioare/veche, scăderea productivității funcțiilor cognitive și reducerea performanțelor. Încercarea de a-și dovedi unicitatea prin orice mijloace, inclusiv comportament problematic și respingerea normelor

Resurse: Atitudine diferențiată față de conținutul învățării, volum extins și selectivitate a cunoștințelor, preferințe și abilități. Dezvoltarea calităților volitive: de la cele dinamice de bază - forță, rapiditate și viteză de reacție, trecând prin cele calitative - capacitatea de a suporta o sarcină mai mare și mai îndelungată - rezistență, perseverență, răbdare, până la calitățile volitive complexe și diferențiate - concentrare, consecvență, concentrare și perseverență.

Nevoia de autodeterminare impulsionează creșterea activității cognitive și creative - curiozitatea, experimentarea diferitelor activități, participarea la diferite cluburi și școli

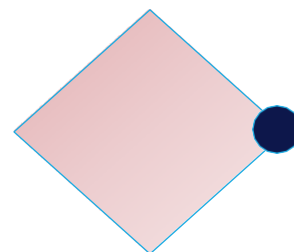


Fig. 2. Realizări

Persoană de contact

Deficiențe: Încăpățănare, grosolanie, neascultare, arbitrar, devalorizare, ignorare și/sau opoziție puternică față de autoritatea adultului. Schimbări frecvente ale dispoziției - de la iritabilitate, "explozie", agresivitate și negativism, la plâns, indiferență, indiferență și apatie. Relația cu adulții este puternic conflictuală, cu o urmărire activă a separării, exprimată prin nerespectarea normelor, contestarea regulilor, respingerea și nerespectarea restricțiilor, răzvrătirea împotriva sancțiunilor.

Resurse: Extinderea abilităților de comunicare, formarea și dezvoltarea abilităților organizaționale, a abilităților de afaceri, antreprenoriat, disciplină, responsabilitate, extinderea gamei de strategii de abordare a situațiilor conflictuale.

Spre deosebire de conținutul contactului cu adulții, sedezvoltă dorința de contact cu colegii - cercul de prieteni este locul în care se învață noi modele și se pun în practică. În grupul de prieteni, toată lumea experimentează și împărtășește același lucru. Reflecție.

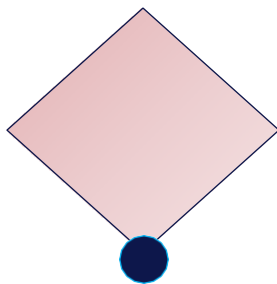


Fig. 3. Contact

Viitor / sens

Deficiențe: Senzație de lipsă de sens în viață, teamă de viitor, nesiguranță, neputință, disperare. Contradicții interne puternice între dorință și posibilități.

Resurse: lărgirea orizonturilor și îmbogățirea și restructurarea sistemului de valori - în domeniul comunicării - atitudinea selectivă și evaluarea celorlalți, precum și stima de sine.

În timpul "crizei pubertății", susceptibilitatea adolescenților la frustrare este foarte puternică. Tinerii se confruntă cu multe provocări, pe de o parte există o înflorire a abilităților creative, cognitive și intelectuale, precum și abordări logice pentru rezolvarea problemelor

iar pe de altă parte, perioada se caracterizează prin instabilitate emoțională, situații stresante și frustrante legate de dificultăți de creștere psihologică.

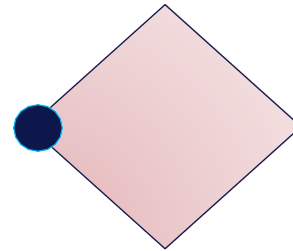


Fig. 4. Viitor/semnificație

Cheia pentru a crește cu daune emoționale minime este formarea rezilienței psihologice a tinerilor, bazată pe încrederea în propriile forțe și abilități, capacitatea de a accepta și de a face față provocărilor, flexibilitatea în abordările pentru rezolvarea problemelor și depășirea situațiilor dificile. Cu alte cuvinte, este vorba de formarea toleranței față de frustrare.

Toleranța la frustrare este definită ca reziliență psihologică la un frustrant, care se bazează pe capacitatea de a evalua în mod adecvat situația frustrantă și de a prezice o cale de ieșire din ea (L. S . Aseikina, 2005).

J. Wilde (2012) identifică câteva trăsături contradictorii ale adolescenței care influențează formarea toleranței la frustrare:

- Tinerii se concentrează pe lumea lor interioară și cred că lumea ar trebui să fie așa cum vor ei să fie.
- Ei nu au suficientă experiență pentru a judeca și a accepta opinii diferite de ale lor.
- Aceștia încearcă să ascundă incertitudinea în ceea ce privește abilitățile și competențele lor, bazându-se pe mecanisme de protecție.
- Adolescența este o perioadă de sensibilitate ridicată și de schimbări frecvente de dispoziție.

Ei au tendința de a se orienta rapid către cum "ar trebui să fie" și nu către cum este în realitate.

Metodologie**2.1. Participanți**

În perioada 2018-2020, ne-am consultat cu 212 adolescenți și părinții acestora în practica noastră.

Acordul informat pentru includerea în studiul caracteristicilor și dinamicii reacțiilor în situații de frustrare a fost obținut de la părinții a 109 adolescenți, toți de sex masculin - 57 (52,3%) în vârstă de 12-14 ani și 52 (47,7%) în vârstă de 15-17 ani.

Scopul studiului: Să studieze reacțiile adolescenților în situații de frustrare și nivelul general al tendințelor agresive, precum și prezența unei legături între reacțiile de frustrare și comportamentul agresiv.

2.2. Instrumente

Interviul psihoterapeutic primar - modelul în 5 pași al Metodei Psihoterapiei Pozitive și Transculturale (Peseschkian H., 2000).

Rosenzweig Picture Frustration test (Rosenzweig S., 1945; standardizare bulgară K. Мечков, 1979). Un test proiectiv, conceput pentru a măsura modurile caracteristice de răspuns la frustrare, în care respondentului se prezintă 24 de desene animate, fiecare reprezentând o persoană care îi spune celeilalte ceva frustrant, a doua persoană fiind prezentată cu un balon de vioră gol. Sarcina respondentului este să completeze fiecare dintre cele 24 de bule de vioră goale cu primul răspuns care îi vine în minte. Scorul se bazează pe nouă factori, derivați din combinații de trei tipuri de agresiune (dominarea obstacolelor, apărarea ego-ului și persistența nevoilor) și trei direcții de agresiune (extraagresiunea, agresiunea imaginară și intraagresiunea).

Chestionarul de agresivitate (Buss și Perry, 1992). Chestionarul de agresivitate Buss-Perry (BP-AQ) este un instrument cu 29 de elemente, cu patru factori, care măsoară agresiunea fizică, agresiunea verbală, furia și ostilitatea.

Rezultate

În timpul primului interviu psihoterapeutic cu părinții, s-a constatat conținutul conflictului:

- Anxietate ridicată ("*Lucrurile în contact cu fiul meu/al nostru depind de mine, nu mă pot descurca - sunt neajutorat și asta este o problemă!*") - la 60,5% dintre părinți, cu o diferență minimă în funcție de vârstă - 31,2% pentru părinții adolescenților tineri (12-14 ani) și 29,3% pentru părinții adolescenților (15-18 ani).

- Dezamăgire, nemulțumire, descurajare ("*Nu pot/nu putem să o fac; Ar trebui să fim părinți buni, dar nu merge! Nu înțeleg ce se întâmplă!*") este experiența a 82,5% dintre părinți, mai mult pentru părinții adolescenților tineri - 47,7%, pentru părinții adolescenților aceasta fiind de 34,8%.

- Indignare, iritare, acuzații ("*El/ea nu este ceea ce ne așteptam!; El/ea se comportă copilărește și niciunul dintre eforturile noastre nu funcționează!*") au arătat 63,3% dintre părinți, respectiv 22,1% dintre cei ai adolescenților tineri și 41,3% dintre părinții adolescenților examinați.

- Insulta, agresiunea ("*Îi/îi dăm tot ceea ce ar trebui să facă un părinte bun și ne așteptăm să obținem un comportament bun!*"; "*El/ea încearcă să depășească cu comportamentul său, dar nu se va întâmpla - cu pedepse și restricții îi vom vindeca încăpățânarea!*") este observată la 38,6% dintre părinți - mai puțin la adolescenții tineri (15,5%) și cu aproximativ 8% mai mult la părinții adolescenților mai mari (22,9%).

La polul opus se află experiențele tinerilor adolescenți și ale adolescenților mai în vârstă. Conținutul problemelor pe care le împărtășesc ar putea fi împărțit condiționat în mai multe grupuri principale: Relațiile cu adulții; relațiile cu colegii; probleme la școală; nemulțumirea față de sine și nemulțumirea față de ceilalți (tabelul 1):

Tabelul 1.

Probleme din perspectiva tinerilor adolescenți și a adolescenților.

Probleme	Grupa de vârstă 12 - 14 ani	Grupa de vârstă 15 - 17 ani
Relațiile cu adulții (părinți și adulți semnificativi)	Conflicte cu părinții: "Îmi interzic să ies!"; "Nu le plac prietenii mei și ne certăm din cauza lor!"; "Mă amenință cu pedeapsa!"; "Mă cert și mă jignesc constant!" "Mă acuză că sunt neascultător, leneș și	Conflicte cu părinții: "Ei doar cer și obligă!" "Nu mă înțeleg!"; "Se ceartă cu mine și mă limitează"; Sunt mereu nemulțumiți - de stilul meu, de muzica pe care o ascult, de prietenii mei ..., de

	iresponsabili!"; "Vor ca lucrurile să se întâmple doar în felul lor - Nu mă înțeleg!"; "Nu am dreptul să vreau sau să fac nimic - pentru că sunt tânăr!"; "Nu cumpără ceea ce vreau eu, ci ceea ce au decis ei!"; "Nu mă iubesc!"	eu însumi! "" Ei mă acuză că sunt leneș și iresponsabil! "" Potrivit lor, nu sunt bun de nimic dacă nu fac așa cum vor ei! "; "Nu am niciun cuvânt de spus!"; "Nu mă cred!"
Relațiile cu colegii	Respingere, izolare, hărțuire, agresiune, ridiculizare	Relații complexe cu colegii - trădare, trădare, respingere, hărțuire, agresiune. Dragoste neîmpărtășită.
Probleme la școală	Lipsa de interes și rezistența - "Părinții mei au ales școala, lăsați-i să învețe!"; note proaste - "Îmi dau intenționat note proaste!"; pedepse; Revolta împotriva regulilor: "Regulile sunt concepute pentru a fi încălcate!".	Lipsă de interes, plictiseală; probleme cu profesorii, nedreptate în evaluare, multe cerințe, multe teme, volum mare de muncă; neînțelegere, neacceptare, impunerea forțată a unor reguli "stupide".
Nemulțumirea față de sine	Corp; aspect; abilități	Iritabilitate, resentimente, furie față de sine: "Totul este scăpat de sub control!"; "Totul îmi scapă!" "Nu sunt bun de nimic!"
Nemulțumirea cu alții	Alții sunt răi, nemulțumiți, răzbunători, mă urăsc, mă insultă și bârfesc.	"Sunt mereu indignați, mă enervează, sunt dezamăgit, nu sunt corecți."

Pentru a urmări particularitățile de vârstă ale reacțiilor de frustrare la adolescenții tineri și la adolescenții mai în vârstă, am folosit testul Rosenzweig Picture - Frustration Test.

Fiabilitatea rezultatelor (Cronbach's Alpha) - 0,77 în grupa de vârstă 12 - 14 ani și 0,86 în grupa de vârstă 15 - 17 ani.

Ambele grupuri au arătat cele mai mari valori în reacțiile acuzatoare externe ca modalitate de a face față frustrării

(categoria "E"). În ceea ce privește obiectul către care este îndreptată reacția, cele mai mari valori se observă în reacțiile fixate pentru autoapărare (categoria "ED"). (Tabelul 3).

Comparativ cu intervalul normativ (K. Mechkov, 1979), reacțiile ambelor grupuri sunt normale (Codul 3).

Tabelul 3.

Valori ale valorilor medii în ambele grupuri

Vârsta		E	I	M	OD	ED	NP
12 - 14 ani	Medie	11,17	4,833	7,684	5,99	10,92	6,77
	N	57	57	57	57	57	57
	Std. Deviație	3,853	1,9419	2,9725	2,304	2,904	2,591
15 - 17 ani	Medie	9,53	5,442	8,683	4,27	11,88	7,51
	N	52	52	52	52	52	52
	Std. Deviație	3,884	2,1343	2,6972	1,708	2,646	2,500

S-au constatat diferențe semnificative între cele două grupuri la *testul* Rosenzweig de *frustrare a imaginilor*. În 61,3% dintre copiii de 12 - 14 ani (comparativ cu 38,7% dintre copiii de 15 - 17 ani), se constată anxietate, tendința de a se baza pe stereotipuri rigide de activitate și incapacitatea de a evalua situația. Adolescenții se fixează pe conflict ca pe un eveniment/obstacol (factorul E - răspunsuri extrapunitive) și, prin vulnerabilitate, dorința de a se impune și de a "avea un cuvânt de spus", încearcă să atragă

atenția asupra lor înșiși. Nu lipsiți de importanță sunt ceilalți participanți la situația frustrantă, 58,0% dintre adolescenții tineri, comparativ cu 42,0% dintre adolescenții mai mari, tind să reacționeze prin respingerea acută a ceea ce se întâmplă, dorința de a subordona realitatea nevoilor lor, lupta pentru dominație și intoleranța față de "voința străină" (factorul E - răspunsuri extrapunitive). Celălalt factor cu un accent mai mare asupra adolescenților tineri este răspunsul impulsiv la circumstanțe

(factorul M - răspunsuri impunătoare), respectiv 61,1% dintre tinerii de 12-14 ani reacționează cu nepăsare, frivolitate, iresponsabilitate și/sau subestimează situația. Un astfel de comportament este supus unor crize emoționale, precum și unor schimbări frecvente de valori și stări astenice.

În caracteristica reacțiilor de frustrare la adolescenți (15-17 ani) comparativ cu tinerii adolescenți (12-14 ani) cu o semnificație statistică puternică (60, 1% la adolescenți, comparativ cu 39,9% la adolescenți) s-a dovedit factorul "e", care pe de o parte este un indicator al pretențiilor și așteptărilor față de celălalt în vederea înlăturării frustrării, pe de altă parte înseamnă activitate, tendință de delegare a responsabilității și leadership. La tinerii pe care i-am examinat, factorul "e" prezintă semnificație în combinație cu factorii:

- "Eu" (răspunsuri intropunitive) - un semn de autocritică, focalizare pe propria inferioritate, sentiment de vinovăție, remușcări, uneori autoblamare și discreditare, cu un comportament caracteristic de politețe și conformism irațional.
- "M" (răspunsuri nepunitive) - tendința de a fi indiferent în situații de frustrare, devalorizare sau indiferență demonstrată, care este probabil utilizarea selectivă a apărării psihologice "formarea reacției" pentru a face față fricii de noi frustrări sau pentru a conține un impuls agresiv reprimat construit în percepțiile adolescentului privind inacceptabilitatea subiectivă a comportamentului agresiv - 53,7% la adolescenții tineri, comparativ cu 46,3% la adolescenții mai în vârstă).

Tabelul
4.

Semnificația diferențelor dintre cele două grupuri în funcție de factorii studiului Rosenzweig P -F

	E'	E	e	I	M'	M
Testul Mann-Whitney U	1028,5	1105,0	740,5	957,0	1030,5	740,5
Wilcoxon W	2406,5	2483,0	2393,5	2610,0	2408,5	2393,5
Z	2,770	2,293	4,527	3,21	2,762	4,527
Asymp. Sig. (2-tailed)	,006	,002	,001	,001	,006	,001

Rezultatele chestionarului de agresivitate Buss și Perry (AQ):

Fiabilitatea chestionarului (Cronbach's Alpha) pentru subscalele individuale variază între 0,73 și 0,79, ajungând la 0,77 pentru scorul general al agresivității.

Valorile medii ale variabilelor studiate sunt mai mari în grupul de adolescenți, iar diferențele semnificative între cele două grupuri se regăsesc în toate componentele agresivității, cu excepția scalei "Ostilitate". (Tab. 5 și Tab. 6).

Tabelul
5.

Valoarea medie pentru componentele agresivității

Vârsta		OA	FA	VA	A	H
12 - 14 ani	Medie	98,74	34,49	22,77	22,89	18,84
	N	57	57	57	57	57
	Std. Deviație	13,915	6,596	6,921	5,554	3,895
15 - 17 ani	Medie	76,17	23,52	20,46	16,50	15,69
	N	52	52	52	52	52
	Std. Deviație	12,269	6,210	5,465	3,739	3,644

Tabelul
6.

Diferențe semnificative între grupuri pe scări de agresivitate

	OA	FA	VA	A	H
Testul Mann-Whitney U	337,0	362,5	803,0	518,5	1184,5
Wilcoxon W	1715,0	1740,5	2181,0	1896,5	2562,5

Z	-6,948	-6,797	-4,132	-5,855	-1,808
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,001	,001	,001	,071

Copiii cu vârste cuprinse între 2 și 14 ani manifestă dorința de a utiliza aceste două forme de agresiune pentru a-și atinge propriile obiective. Tinerii adolescenți își manifestă deschis iritabilitatea, nemulțumirea, furia și iritabilitatea. Capacitățile cognitive încă limitate afectează semnificația comportamentului, iar lipsa de toleranță în obținerea celor dorite și forța impulsului care ghidează acțiunile adolescenților conferă agresivității un caracter mai protector. Autocontrolul limitat și stima de sine emergentă, exprimată în principal în sensibilitatea la evaluarea negativă și la emoțiile și experiențele care o însoțesc, predispun la acțiuni agresive.

Valorile scăzute în ambele grupuri pe scara "Ostilitate" sunt un indicator al faptului că acțiunile adolescenților tineri și mai în vârstă nu sunt determinate de atitudini negative prelungite și persistente față de realitatea înconjurătoare (oameni și evenimente), ci mai degrabă sunt rezultatul unei stări emoționale de natură provocatoare, cum ar fi furia.

Prin definiție, ostilitatea este o atitudine antagonică față de oameni, care include o componentă cognitivă, afectivă și comportamentală. Componenta afectivă este reprezentată de o serie de emoții interconectate, cum ar fi: furie, iritare, resentiment, dezgust, dispreț și altele. Componenta cognitivă conține convingeri negative despre lume și ceilalți - neîncredere, suspiciune, dispreț, prejudecăți și cinism, Componenta comportamentală include un repertoriu divers de acțiuni, cel mai adesea ascunse - acțiuni pasiv-agresive, lipsa dorinței de a coopera și de a face compromisuri, evitarea contactului (comunicării), atitudine rece față de ceilalți etc. (Barrett et al., 2007).

Comportamentul pasiv - agresiv este, probabil, cel mai rău mod de a-ți manifesta furia - spre deosebire de modul deschis și spontan, de a elibera puternic tensiunea care urmează de obicei traiectoria: nemulțumire - iritare

- mânie - furie. Adolescenții și tinerii adulți nu sunt încă capabili să înțeleagă capacitatea lor insidioasă și distructivă și nu realizează că rezistența și perseverența lor împiedică eliberarea furiei întemnițate. Exemple de astfel de comportamente sunt: amânarea, încăpățănarea, suspiciunea, resentimentul, furia, "incapacitatea" deliberată de a face ceea ce se așteaptă sau eșecul repetat de a îndeplini sarcinile cerute. La nivel conștient, tânărul crede că în acest rang el se apără și "îi lasă să înțeleagă". La un nivel inconștient, un astfel de comportament este

menite să înfurie și / sau să supere autoritățile (părinți, profesori, educatori).

"Nu există fum fără foc!" - care este scânteia care aprinde comportamentul agresiv al unei persoane în creștere?

Discuții

Informațiile sintetizate din interviul psihoterapeutic primar arată că, pentru a se afirma în noua sa poziție socială, tânărul încearcă să depășească stilul său actual de contacte. Eforturile sale se concentrează pe găsirea unor modalități de a-și realiza oportunitățile "în creștere", căutarea autonomiei și a independenței (trăite ca libertate), de a-și dezvolta individualitatea și de a primi recunoaștere din partea adulților, al căror model îl repetă și cărora vrea să le arate disponibilitatea sa de a ocupa un loc în "lumea celor mari".

Sfera de comunicare cu colegii este foarte încărcată emoțional. Și dacă în a doua criză normativă (a elevului de clasa întâi) rezultatul de succes este contactul bun cu o singură persoană - "Prietenul meu! Pace în grup" (I. Bontcheva, p.101), atunci în criza pubertății motivul principal în comportamentul tânărului este de a-și consolida locul și de a se stabili în grupul de semeni. Prietenia în această perioadă este complexă și controversată, iar prietenii sunt o sursă de semnificație socială și emoțională. Evaluarea pe care o așteaptă și o primește de la colegii săi capătă o importanță primordială și dislocă din câmpul vizual al adolescentului relația cu adultul semnificativ, însă conținutul contactului își păstrează puternica încărcătură emoțională. Lupta interioară a persoanei în creștere este, pe de o parte, o dorință puternică de autonomie, independență și libertate și, pe de altă parte, nevoia de a simți și de a primi dragoste, răbdare, atenție, încredere și timp (capacități primare) pentru a se simți în siguranță și stabil și pentru a se simți pe sine însuși ca fiind semnificativ și valoros.

Aici se găsește "piatra de temelie" în contactul dintre părinți și tinerii/adolescenții în vârstă. Problemele comune arată unde este discrepanța - părinții au **așteptări privind** succesul, realizarea, ordinea, acuratețea, politețea, disciplina, responsabilitatea (capacități secundare), iar tânărul adolescent și adolescenții au **nevoie de** sprijin, ajutor, cooperare și parteneriat. Părinții cer și blamează și/sau se retrag neputincioși din contactul activ cu

copiii, în timp ce adolescenții fie protestează violent, fie rămân tăcuți și acționează în felul lor.

Nevoile nesatisfăcute provoacă frustrare. Ritmul rapid al dezvoltării fizice și cognitive conduce la formarea de noi nevoi, iar orizontul psihologic restrâns al "Aici și acum!" determină cadrul în care adolescentul insistă să obțină ceea ce dorește.

Pe baza caracteristicilor psihologice ale crizei din timpul pubertății, este evident că adolescenții, din cauza vulnerabilității lor și a imaginii de sine care nu este consolidată, aleg un comportament demonstrativ - de la agresiunea deschisă, poziția activ-ofensivă, lupta pentru dominație și intoleranță la cerințe, la impulsivitate și decizii de acțiune prost judecate. Autoapărarea de succes în experiența lor este activitatea prin acuzații, cerințe / așteptări ca celălalt să își asume responsabilitatea pentru ceea ce se întâmplă, respingerea și negarea propriei vinovății și / sau participarea încercând să "egalizeze forțele".

Analiza comparativă a permis demonstrarea caracteristicilor reacțiilor frustrante ale tinerilor adolescenți și ale adolescenților mai mari în domeniul nevoilor motivaționale: *distrugearea autorității adulților, orientarea spre afirmarea în grupul de egali, nevoia de autoafirmare, de autoexprimare, apărarea propriei poziții, obținerea recunoașterii din partea celorlalți, nevoia de autonomie și independență*. În ceea ce privește sfera emoțională și comportamentul: *iritare, resentimente, furie, vulnerabilitate suspiciune, frustrare, impulsivitate, rezistență, dorința de a rezolva singur această situație, încăpățănare, neascultare și luptă, comportament de protecție a ego-ului și demonstrativitate*.

Ținând cont de caracteristicile de vârstă, se poate spune că, în general, reacțiile de frustrare sunt normale, dar predomină reacțiile de frustrare neconstructive, care sunt bariera probabilă ce creează o altă realitate în rândul tinerilor și determină reacțiile și trăirile acestora - resentiment, suspiciune, izolare și agresivitate. În general, la ambele grupuri domină reacțiile de tip ego-protector, urmate de reacțiile fixate pentru satisfacerea nevoilor, iar influența obstacolului este cea mai slabă.

Adolescenții transmit mesaje părinților prin comportamentul lor, uneori sub formă de atacuri neplăcute, agresive, izbucniri de furie și / sau comportamentul opozițional. Părinții trebuie să răspundă la mesajul ascuns în comportament, nu la modul în care acesta este

transmisă. În multe cazuri, furia adolescenților este o încercare (uneori conștientă, cel mai adesea nu) de a declara că anumite nevoi de bază nu au fost satisfăcute sau au fost ignorate pe nedrept.

Tinerii sunt plini de indignare și furie atunci când simt că nu primesc:

- **Respect** - Adolescenții pot fi indignați pentru că, vorbind cu părinții lor, au impresia că aceștia consideră că ei nu merită respect. Ei sunt adesea considerați mai capabili decât sunt dispuși părinții lor să recunoască.
- **Spațiu** - ei au nevoie de spațiu fizic și emoțional pentru curiozitate și experimentare și se așteaptă ca părinții să le ofere acest spațiu. Un spațiu în care să exploreze viața, ei înșiși, fără să se supună regulilor, liniilor directe și imaginilor impuse de părinți. Ei au nevoie de spațiu pentru a-și forma propria imagine de sine.
- **Recunoaștere** - intrând în viața adulților, adolescenții nu au încă experiență de viață. Ei experimentează pentru prima dată ceea ce părinții lor au experimentat de multe ori. Acest lucru face dificil pentru părinți să înțeleagă ~~gavata~~ reacțiilor lor la situații care par obișnuite. Această neînțelegere duce la conflicte: părintele nu își recunoaște emoțiile ca fiind adecvate situației, iar tinerii pur și simplu nu au învățat încă să răspundă la fluctuațiile (creștere și scădere) vieții în modul în care părintele știe deja să o facă. Este bine ca părintele să își amintească faptul că persoana în creștere încă învață să trăiască într-o perioadă dificilă și este foarte important pentru ea să știe că părinții săi recunosc și acceptă realitatea și adecvarea experiențelor sale.

Concluzii

1. În general, în ambele grupuri domină reacțiile de tip ego-protector, urmate de reacțiile fixate pentru satisfacerea nevoilor.
2. În grupul de 12 - 14 ani, se constată anxietate, tendința de a se baza pe stereotipuri rigide de activitate și incapacitatea de a evalua situația. Tinerii adolescenți fixează conflictul ca pe un eveniment/obstacol și, prin vulnerabilitate, dorința de a se impune și de a "avea un cuvânt de spus", încearcă să atragă atenția asupra lor. Tinerii adolescenți tind să reacționeze cu o respingere acută a ceea ce se întâmplă, o

- dorința de a subordona realitatea nevoilor lor, lupta pentru dominație și intoleranță față de "voința străină"
3. În caracteristica reacțiilor de frustrare la adolescenți (15-17 ani) cu o semnificație statistică puternică s-a dovedit factorul "e", care, pe de o parte, este un indicator al pretențiilor și așteptărilor față de celălalt pentru a elimina frustrarea, pe de altă parte, aceasta înseamnă activitate, tendința de a delega responsabilitatea și conducerea.
 4. Tinerii sunt concentrați pe lumea lor interioară și cred că lumea ar trebui să fie așa cum vor ei să fie. Ei nu au suficientă experiență pentru a judeca și a accepta opinii diferite de ale lor. Ei încearcă să ascundă incertitudinea legată de abilitățile și competențele lor, bazându-se pe mecanisme de protecție.
 5. Criza pubertății se caracterizează prin faptul că adolescentul dobândește noi oportunități și puncte forte care anterior erau absente sau erau un proces de dezvoltare. Trecând la un stadiu superior de dezvoltare, tânărul simte că are deja mult mai multă putere, independență și voință de a rezolva problemele care până de curând erau rezolvate de adulți.

Referințe

- [1] **BARRETT, L. F., MESQUITA, B., OCHSNER, K. N., GROSS, J. J.** (2007). Experiența emoției. *Annual Review of Psychology*, nr. 58, 2007. pp. 373-403.
- [2] **BUSS, A. H.** (1961). *Psihologia agresiunii*. New York: Wiley. 307 p.
- [3] **BUSS, A. H.** (1966). Instrumentalitatea agresiunii, feedback-ul și frustrarea ca determinanți ai agresiunii fizice. *Journal of Personality and Social Psychology*, nr. 3, 1966. pp. 153-162.
- [4] **BUSS, A. H., & PERRY, M.** (1992). Chestionarul de agresiune. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 1992, pp. 452-459. DOI: [10.1037/0022-3514.63.3.452](https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.3.452)
- [5] **KASWAN, J., WASMAN, M., & FREEDMAN, L. Z.** (1960). Agresiunea și studiul Picture-Frustration. *Journal of Consulting Psychology*, 24(5), pp. 446-452. DOI: [10.1037/h0046233](https://doi.org/10.1037/h0046233)
- [6] **TOMCHEVA, S.** (2021). Adolescent între două maluri. Caz de prezentare a practicii psihoterapeutice. *"The Global Psychotherapist"*, vol. 1, nr. 1, pp. 49-52. DOI: [10.52982/lkj142](https://doi.org/10.52982/lkj142)
- [7] **PESECHKIAN, N.** (2006). *Psihoterapia pozitivă; Teoria și practica unei noi metode*. Author House UK. ISBN 978-8120722439.
- [8] **ROSENZWEIG, S.** (1945). Metoda asocierii imaginilor și aplicarea acesteia într-un studiu al reacțiilor la frustrare. *J. Pers.*, nr. 14, pp. 3-23.
- [9] **ROSENZWEIG, S.** (1978) *The Rosenzweig Picture Frustration (P-F) Study*. St. Louis: Rana House.
- [10] **WILDE, J.** (2012). Relația dintre intoleranța la frustrare și reușita academică în colegiu. *Jurnalul internațional al învățământului superior* 1(2). 2012. DOI: [10.5430/ijhe.v1n2p1](https://doi.org/10.5430/ijhe.v1n2p1)
- [11] **АСЕЙКИНА, Л. [AISEIKINA, L.]** (2008) Организация толерантного педагогического взаимодействия на этапе довузовской подготовке иностранных студентов [Organization of tolerant pedagogical interaction at the stage of pre-universitară a studenților străini]. Орел.
- [12] **БОНЧЕВА, И. [BONCHEVA, I.]** (2019). *Психология на детското развитие* [Psychology of child development]. Варна: Славена.
- [13] **ВЫГОТСКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.]** (1984). *Проблема возраста* [Problema vârstei]. Собр.соч. в 6 т. М.Т.4. 244-268 с.
- [14] **ВЫГОТСКИЙ, Л.С. [VYGOTSKIY, L.]** (1984). *Учение об эмоциях* [Doctrina despre emoții]. Собр.соч. в 6 т. М. Т.6. 318 с.
- [15] **МЕЧКОВ, К. [MECHKOV, K.]** (1979). *Българска стандартизация на картинно-фрустрационна проба на Розенцвайг* [Standardizarea bulgară a unui eșantion de frustrare a imaginii lui Rosenzweig].

CAPACITATEA DE PREZENȚĂ AUTENTICĂ A TERAPEUTULUI CA METODĂ DE URMĂRIRE CALITATIVĂ A EFICIENȚEI PSIHOTERAPIEI



Veronika Ivanova

Ph.D, psiholog clinician,

Psihoterapeut pozitiv certificat (Varna, Bulgaria)

Profesor asistent șef la Universitatea de Medicină din Varna

E-mail: veronica_ivanovi@abv.bg

Primit 08.04.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Rezumat

Există dispute și un număr mare de metode care pretind să măsoare eficacitatea în psihoterapie. Majoritatea studiilor se concentrează pe personalitatea și abilitățile terapeutului, mai puține care examinează procesul de psihoterapie și modul în care interconexiunile dintre terapeut și client modifică acest proces. În acest studiu prezentăm o metodă de evaluare a autenticității și a nivelului de comunicare inspirată de teoria Budgatal (Budgendhal), examinând autenticitatea contactului cu clientul după fiecare ședință, împreună cu doi factori legați de terapeut: expresia și deschiderea (Reflectivitatea după Peseschkian). În semantica psihoterapiei pozitive, acestea sunt abilitățile terapeutului, capacitatea de deschidere, expresia emoțională și așa mai departe. Rezultatele sunt determinate prin analiza de corelație a scalei de prezență și comunicare autentică (Alfa de Cronbach Alfa 0,6) care prezintă relația de corelație dintre abilitățile de Exprimare și accesibilitate ale terapeutului și nivelul de autenticitate în schimbul terapeutic al clientului. Rezultatele arată că există o corelație pozitivă semnificativă din punct de vedere statistic (corelația Spearman 0,748 și 0,511, $p=0,01$) între abilitatea de deschidere și nivelurile ridicate de autenticitate în comunicarea terapeutică și o corelație negativă cu expresia emoțională a terapeutului. În concluzie, putem spune că nivelul de autenticitate în comunicarea terapeutică depinde de capacitatea de deschidere (franchețe conform lui Peseschkian) și are nevoie de opusul expresivității, respectiv de funcția introvertită a emoției capabilă să "cuprindă conținutul trăirilor celui alt, fără a ocupa spațiul cu exprimarea excesivă a propriilor emoții.

Cuvinte-cheie: eficacitate, prezență autentică, psihoterapie pozitivă

Introducere

Dacă urmărim dezvoltarea metodelor de cercetare în psihoterapie, se remarcă trei dimensiuni majore, reprezentând interesul pentru cercetare, eficacitatea, eficiența și procesul de cercetare. Comunicarea psihoterapeutică este calitativ diferită de comunicarea din afara camerei de terapie, dar ceea ce conține acest concept este o problemă comună, complexă. Datorită cunoașterii noastre insuficiente a mecanismelor psihoterapiei, a relației dintre

conceptele teoretice ale modelului și comportamentul real al psihoterapeutului care conduce psihoterapia nu este încă înțeleasă. Studiile în psihoterapie arată că profilul și cunoștințele terapeutului sunt cele care determină efectul psihoterapiei, mai degrabă decât formarea terapeutului și școala din care acesta face parte. În acest sens, pentru a nu cere psihoterapiei să justifice concepte științifice despre acțiunea sa, este posibil dacă accentul este pus pe structuri speculative, dar principiul activității, în mediul diferit și profilul diferit al

pacienților. Parametrii sunt obiectivați în mod optim în funcție de Comportamentul în cursul comunicării pacienților, deoarece, în condițiile unui anumit grup social, calitățile personale există sub forma fenomenelor de relații interpersonale.

Studiile empirice ale psihoterapiei necesită din ce în ce mai mult obiectivarea diferențiată a pacienților, rolul personalității terapeutului și nivelurile procesului. Acesta din urmă este recunoscut ca fiind deosebit de important, deoarece pre-măsurătorile pure, i. Studiile parametrilor pacienților înainte și după tratament, precum și orice studii unidimensionale ale parametrilor medicului și pacientului, sunt insuficient de fiabile. În lipsa datelor privind procesul psihoterapeutic, acesta rămâne imprecis, iar specificul modelului nu poate fi înțeles (Beebe, 1998). Acesta este motivul pentru care diferitele tipuri de psihoterapie bazate pe pre-măsurători pot da rezultate similare (Berríos & Lucca, 2006).

Trecerea de la măsurătorile preliminare ale eficacității la diagnosticarea procesului psihoterapeutic la nivelul unităților duale de calitate - specificarea exactă a procedurii psihoterapeutice, studiul intervențiilor individuale ale psihoterapeutului și răspunsurile pacientului la acestea - este considerată o realizare majoră în evaluarea cercetării (Chattor & Krupnick 2001, Del Prette, Zap, & Del Prette 2008, Elliot, Shapiro, Firth-Cozens, Stiles, Hardy, Lewelin et al., 1994). Specificațiile pentru procedură contribuie, de asemenea, în mod semnificativ la obiectivul mecanismului și la abordările psihoterapeutice complexe.

Atingerea scopurilor psihoterapeutice obiective, cum ar fi adaptarea și atenuarea simptomelor, nu poate fi axată decât pe subiectivitatea procesului. Incapacitatea pacientului de a manifesta o prezență completă este cel mai evident și eficient mod de a evita importarea subiectivității sale în munca de terapie de grup. Terapeutul neexperimentat și necalificat, conform Bugental, 1990, poate să nu observe că în timpul împărtășirii faptelor, conținuturilor și simptomelor,, pacientul a evitat să se prezinte ca o persoană completă în procesul de terapie. (Peseschkian & Remmers, 2020) În această situație, chiar și cele mai semnificative interpretări terapeutice riscă comunicarea terapeutică abstractă, acumularea intelectuală a volumului de cunoștințe noi, dar fără autenticitate

și, în cele din urmă, fără un Proces terapeutic adevărat, care nu produce aproape niciun beneficiu psihoterapeutic. Prin urmare, un studiu al nivelurilor de "prezență", gradul de comunicare autentică, deoarece rolul terapeutului este prin manifestarea expresivității și transparenței, pentru a ajuta grupul să ajungă la un nivel mai profund de "prezență". Simpla transmitere de informații nu este psihoterapie, Bugental, *The Art of Psychotherapy*, 1990), ca urmare, pacientul știe multe despre el însuși, dar aproape că nu obține schimbări durabile în cel mai important domeniu al relației sale cu ceilalți. Prezența, expresivitatea, autenticitatea sunt incompatibile cu principiile psihanalitice ale terapeutului ca interpret, observator secundar și critic. Efectul psihoterapiei depinde foarte mult de ce nivel de prezență la pacient.

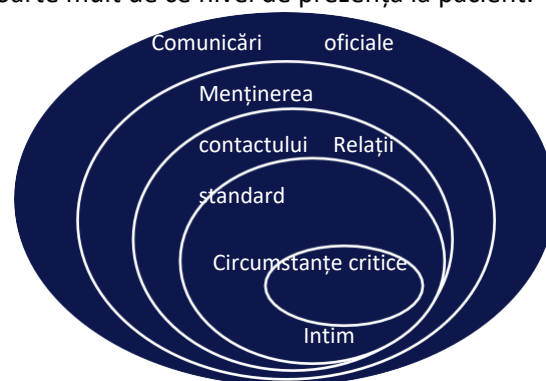


Fig.1 Cinci grade de prezență autentică și niveluri de comunicare pe Budget

1. Comunicarea formală
2. Păstrarea contactului
3. Relații standard
4. Circumstanțe critice
5. Intimitate

Fiecare element este estimat la o scară de 5 puncte, indicatorii de grup sunt comparați cu factorii:

- Expresia terapeutului
- Accesibilitatea terapeutului - capacitatea de a deschide Nivelurile de comunicare sau cum le numește acesta o

bugetul "prezenței", sunt legate de abilitățile de accesibilitate autentică și expresie adecvată ale terapeutului. Ipoteza principală a studiului este legată de presupunerea că accesibilitatea și expresia terapeutului sunt asociate cu gradele de prezență autentică a pacienților în timpul procesului de grup (Bugental, 1965).

Primul nivel este un nivel de comunicare formală. Atunci când vine în fața unei persoane noi în grup, care nu are experiență psihoterapeutică, aceasta este înclinată să utilizeze obiceiuri adaptate culturii sale de comunicare. Un astfel de comportament îl folosim în comunicarea cu autoritatea. Comunicarea formală se concentrează pe caracteristicile obiective ale oamenilor. Un semn cheie al comunicării formale este că accesibilitatea și exprimarea sunt reținute pentru a limita implicarea omului în comunicarea cu celălalt și reprezintă un tip de rezistență. Pacientul ține totul sub control până când a asigurat securitatea mijlocului. Acest control este axat pe imaginea sa. Ca urmare, discursurile sunt mai obiective, superficiale și banale, mai ales impersonale. Spontaneitatea este minimă și practic absentă (Budjental, 1990).

Al doilea nivel este nivelul de întreținere a prizei. Unii pacienți pot rata acest nivel și pot trece direct la nivelul 3, relații standard, dar alții, în special în condiții staționare, au nevoie de o etapă intermediară. Ei pot părea alocați***, gata să împărtășească, dar adesea reținuți. Comunicarea este sub forma unei participări superioare, împărtășirea conținând doar fapte. La acest nivel de comunicare, există o mulțime de informații factuale, iar psihoterapeutul a observat răspunsuri emoționale și semnalează disponibilitatea de a trece la un nivel mai profund de comunicare. Terapeutul direcționează discuția către astfel de subiecte care au importanță psihoterapeutică (Budjental, 1990).

Al treilea nivel este nivelul unei discuții standard, deoarece "standard" este folosit în sensul de comun, așteptat. Comunicarea psihoterapeutică, în partea cea mai eficientă există puțină dependență de condițiile standard, obișnuite. Acesta este un moment de tranziție, între îngrijirea imaginii și experiențele interne. Incluziunea sinceră, dar limitată a personalității. De regulă, o astfel de comunicare nu conține un conflict (Budjental, 1990).

Al patrulea nivel, numit "circumstanțe critice", în care este semnificativ, semnificativ pentru om, având un sens crucial. Discuția la acest nivel duce la schimbări prelungite în gândurile, sentimentele, cuvintele și acțiunile unuia sau mai multor participanți. Tipice pentru acest nivel sunt emoțiile puternice actualizate, nu atât de multe amintiri ale acestora. Un semn de intrare profundă sunt descrierile sincere ale experiențelor și problemelor interne trecute și actuale pe care le trăiește pacientul. Pacientul este mai tulburat de experiențele sale interne decât de circumstanțele externe, deoarece acestea

par altora, dezirabilitatea socială este redusă în detrimentul sincerității. Experiențele devin mai imediate. Pacientul începe să folosească mai multe nume adjectivale, adverbe, în experiența sa pentru a transmite calitatea trăirilor sale. Lozinci, exclamații, cuvinte obscene. Postura devine mai relaxată și mai neprotejată, limbajul corpului corespunzând trăirilor. Aici avem o exprimare puternică și o accesibilitate limitată (adică omul este înghițit de experiențele sale și nu este atât de accesibil pentru a le înțelege).

Al cincilea nivel este un nivel de intimitate. Cuvântul a fost curățat de sensul său de proximitate sexuală. Înseamnă intensitate și proximitate emoțională, sugerează împărtășirea experiențelor personale, secrete. Accesibilitate și exprimare maximă, plâns, râs, frică profundă, entuziasm, suferință de singurătate conștientă și disperare, furie în creștere. Existența subiectivă a clientului este implicată energetic în procesul de conștientizare interioară. (Budjental, 1990)

Obiectivul studiului: se așteaptă o corelație pozitivă și semnificativă între capacitatea unui terapeut de deschidere și exprimare și cele două niveluri înalte de autenticitate a contactului terapeutic - "circumstanțe critice" și "intimitate" și scăzută sau negativă în celelalte trei niveluri de autenticitate. Se presupune că, cu cât terapeutul este mai deschis și mai expresiv, cu atât este mai probabil ca clientul să atingă nivelul "intim" de împărtășire.

Metodologie

Acest studiu descrie datele pentru 30 de participanți, toți adolescenți. ($X = 6,16$, $SD = 3,06$). Au fost utilizate următoarele metode clinice: observație, ședințe de psihoterapie cu adolescenți cu metode ale PPT, internare și ambulatoriu. Metodele statistice includ prelucrarea datelor cu programul SPSS. Pentru analiza datelor, au fost utilizate statistici descriptive, analiza corelațiilor, o distribuție a frecvenței datelor și statistica fiabilității.

Rezultate

Rezultatele au fost prelucrate cu ajutorul programului statistic SPSS 19. Au fost utilizate metodele standard pentru acest tip de prezentare a datelor - statistici descriptive, analiza corelațiilor. Cercetarea include 30 de ședințe de psihoterapie. 18 femei și 12 bărbați.

Descrierea eșantionului
Tabelul 1

	N	Medie	Std. Deviație
Formal	30	1.7000	.70221
Persoană de contact	30	2.0667	.86834
Standard	30	2.7000	1.26355
Critice	30	2.8000	1.15669
Intim	30	4.2333	.67891
Accesibilitate	30	4.0333	.71840
Expresivitate	30	4.3667	.55605
Validabil N (pe listă)	30		

Statistici de

Tabelul 2

Alfa lui Cronbach	Fiabilitate Alpha bazat pe elemente standardizate	N de articole

Analiza corelației

Corelații între factorii legați de terapeut (Expresia terapeutului Accesibilitatea terapeutului) și nivelul de autenticitate al comunicării terapeutice.

Tabelul 3

Analiza corelației

		Formal	Persoană de contact	Standard	Critice	Intim
Accesibilitate	Corelația lui Spearman	.031	-.436	.271*	.748**	.511**
	Sig. (cu două cozi)	.871	.016	.147	.000	.004
	N	30	30	30	30	30
Expresivitate	Corelația lui Spearman	-.271	-.062	-.054	-.312	.283
	Sig. (cu două cozi)	.746	.763	.757	.093	.129
	N	30	30	30	30	30

*. Corelația este semnificativă la nivelul de 0,05 (cu două taloane).

**. Corelația este semnificativă la nivelul de 0,01 (cu două taloane).

Din tabel reiese că deschiderea sau capacitatea de sinceritate a terapeutului corelează semnificativ pozitiv cu cele mai importante două niveluri de autenticitate ale comunicării terapeutice (.748 și .511).

Expresia terapeutului are corelații scăzute cu toate rocile și scăzute și nesemnificative cu cel mai înalt nivel de autenticitate 5-intimitate.

Obiectivul studiului a fost stabilit în studiul corelațional al studiului nu a fost pe deplin confirmat. Se confirmă corelația pozitivă așteptată între deschiderea terapeutului și nivelul critic de autenticitate a contactului terapeutic și împărtășirea clienților. Acest lucru înseamnă că teoriile psihoterapeutului distant, pasiv și învăluit nu sunt justificate, deschiderea care este capacitatea de a se autodizolva, accesibilitatea, încrederea față de client este baza pentru crearea unui spațiu sigur și securizat în care nivelul de Autenticitate al împărtășirii terapeutice care le permite să ajungă la intimitate și momente intime. Ceea ce este interesant este rezultatul interconexiunilor dintre expresivitatea emoțională a terapeutului și corelația negativă raportată cu majoritatea nivelurilor de partajare, cu excepția intimității, dar este neglijabilă. O analiză a acestui rezultat este importantă în ceea ce privește echilibrul dintre deschidere și expresivitate, terapeutul expresiv ocupând mai mult spațiu în sala de

consultație,

dar, în același timp, nu predispune la niveluri scăzute de autenticitate, ci susține și intimitatea. Acest lucru poate fi explicat prin faptul că al cincilea nivel de autenticitate, așa cum îl descrie Bugental, este o închidere a clientului, scufundarea în experiențe a căror putere necesită un terapeut calm, deschis, dar nu atât de scump, care va fi capabil să "conțină anxietatea" clientului. Probabil că empatia față de un client a cărui împărtășire este intimă, necesită mai multă concentrare, liniște calmă și sprijin non-verbal care să nu fie puternic colorat emoțional.

Corelația negativă dintre accesibilitatea terapeutului și nivelul de contact al comunicării este un rezultat neanticipat. În practică, nivelul de contact 2 este cel în care clientul folosește cuvinte pentru a ascunde emoțiile reale, nivelul în care clientul vorbește și vorbește, dar nu a spus lucruri importante. În primele ședințe, unii clienți vorbesc mult din teamă sau din teama de respingere din partea terapeutului. Atunci când se pune accent pe accesibilitate, când terapeutul este sincer și deschis, timpul celui de-al doilea nivel în terapie este redus, cuvintele devin mai puține, dar mai autentice.

În psihoterapia pozitivă (Peseschian, & Remmers, 2020) abilitățile primare la care se referă atât deschiderea (franchețea), cât și exprimarea emoțiilor sunt legate de capacitatea emoțională a terapeutului.

Astfel, relația lor cu nivelul de autenticitate al contactului terapeutic nu este surprinzătoare.

În înțelegerea lui Jung a tipologiei personalității (Jung, 2020), emoția extravagantă (expresivitatea) este mai mult îndreptată spre afară, spre a arăta, a spune, a se spune similară jocului actorilor în timp ce cealaltă funcție, emoția introvertită (opusul expresiei în acest studiu) este cea care este necesară pentru comunicarea terapeutică deoarece vizează relațiile și procesul, înțelegerea emoțiilor celuilalt și admiterea lor pașnică. Astfel, am explica corelațiile negative care sunt primite cu factorul "Expresie".

Concluzii

Există mai multe tipuri de cercetări cu accent pe calitățile terapeutului ca persoană autentică, capacitatea sa de contact, pregătirea și experiența sunt disponibile (Ablon & Marci, 2004; Nathan, 2003). Majoritatea cercetătorilor sunt unanimi că relevanța uniunii de lucru, inclusiv, dedicarea dialogului și crearea condițiilor care îl facilitează este baza unei bune practici terapeutice.

Nivelul de prezență depinde de accesibilitatea terapeutului, care este autentic accesibil și adecvat expresiv, alocându-și atenția asupra conținutului și asupra procesului de psihoterapie. (Budjental, 1990).

Dovezile bazate pe practică sunt caracterizate ca un proces "de jos în sus" de colectare a datelor care se bazează pe experiența clinicienilor pentru a informa terapia. (Dupree, 2007).

Direcția viitoare a studiului este de a face un studiu comparativ privind rolul capacității de empatie a terapeutului, precum și diferitele capacități ale inventarului de psihoterapie pozitivă, cu factorii inerenti abordării care ajută la definirea celor care susțin eficacitatea psihoterapiei.

Referințe

- [1] **ABLON, J. S., MARCI. C.** (2004). Procesul de psihoterapie: veriga lipsă: comentariu pe Westen, Novotny, și Thompson-Brenner. *Psychol Bull.* 2004 Jul;130(4):664-68; răspuns autor 677-83. DOI: [10.1037/0033-2909.130.4.604](https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.604). PMID: 15250816.
- [2] **BEEBE, B.** (1998). O teorie procedurală a acțiunii terapeutice: comentariu asupra simpozionului. Intervenții care efectuează schimbarea în psihoterapie. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 333-340.
- [3] **BERRÍOS, R., & LUCCA, N.** (2006) Metodologia calitativă în cercetarea în consiliere: Contribuții recente și provocări pentru un nou secol. *Journal of Counseling & Development*, 84(2), pp. 174-186.
- [4] **BUDJENTAL J.** (1990). Arta psihoterapiei. W.W. Norton & Co. ISBN 10-0393309118
- [5] **BUDJENTAL, J.** (1965). "Căutarea autenticității" - Abordarea analitică a psihoterapiei. 2nd ed. enl. New York: Irvingston publs.
- [6] **BUCKLEY, V. J., NEWMAN, D. W., KELLETT, S., & BEAIL, N.** (2006). O comparație naturalistă a eficacității terapeuților triane și calificate. *Psihologie și psihoterapie: Theory, Research and Practise*, 79 (1),137-144.
- [7] **CHARMAN, D.** (2003). Paradigme în cercetarea actuală a psihoterapiei: o critică și cazul pentru cercetarea psihoterapiei psihodinamice bazate pe dovezi. *Australian Psychologist*, 38 (1), 39-45.
- [8] **CHATTOR, I., & KRUPNICK, J.** (2001). Rolul factorilor nespecifici în rezultatul tratamentului din studiile de psihoterapie. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10 (Suppl. 1), S19-S25
- [9] **DEL PRETTE, Z. A. P., & DEL PRETTE, A.** (2008). Significância clínica e mudança confiável na avaliação de intervenções psicológicas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24 (4), 497-505.
- DUPREE, W. J., WHITE, M. B., OLSEN, C. S., & LAFLEUR, C. T.** (2007). Modele de tratament al infidelității: O abordare bazată pe dovezi practice. *American Journal of Family Therapy*, 35(4), 327-341. DOI: [10.1080/01926180600969900](https://doi.org/10.1080/01926180600969900)
- [10] **JUNG, C.** (2020). *Tipuri de personalitate*. Sofia: Lege artis. ISBN 9789548311
- [11] **IVANOVA, V.** (2021). Dinamica familiei în psihoterapia adolescenților cu anorexie. *"Psihoterapeutul global"*, vol. 1, nr.1, pp. 34-38. DOI: [10.52982/lkj139](https://doi.org/10.52982/lkj139)
- [12] **NATHAN, P. E., STUART, S. P., & DOLAN, S. L.** (2003). Cercetarea eficacității și eficienței psihoterapiei: Între Scylla și Charybdis? În A. E. Kazdin (Ed.), *Methodological issues & strategies in clinical research* (p. 505-546). Asociația Americană de Psihologie.
- [13] **PESESCHKIAN H., REMMERS A.** (2020) *Psihoterapia pozitivă: O introduce*. În: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds) *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*. Springer, Cham. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [14] **STILES, W., BARKHAM, M., TWIGG, E., MELLOR-CLARK, J., & COOPER, M.** (2006). Eficacitatea terapiilor cognitiv-comportamentale, centrate pe persoană și psihodinamice practicate în setările Serviciului Național de Sănătate din Marea Britanie. *Psychological Medicine*, 36 (4), 555-566.

CE NE SPUNE CORPUL NOSTRU ÎN TERAPIE?



Arno Remmers

M.D., psihoterapeut, formator internațional de PPT
lector particular și supervisor la Academia de Psihoterapie
Wiesbaden (WIAP) (Wiesbaden, Germania)

E-mail: arno@arem.de

Primit 01.04.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Rezumat

Interacțiunea verbală pare să fie principalul instrument de tratament. În acest articol, limbajul inconștient al interacțiunii corporale va fi analizat, deoarece pare a fi nu numai un transmițător important al unei atmosfere terapeutice emoționale, ci și valid pentru a descoperi conținutul conflictului, modelul relației și ajută la rezolvarea problemelor structurale. Rezultatele privind interacțiunea timpurie părinte-copil arată ca o oglindă nevoile specifice ale unei relații terapeutice de succes, în special în tratamentul tulburărilor de personalitate. Contratransferul se bazează în principal pe conștientizarea propriilor reacții și sentimente corporale, reflectând temele inconștiente ale clientului. Observarea, în calitate de terapeut, a modului în care propriul corp reacționează cu impulsuri, sentimente și emoții specifice poate ajuta la descoperirea termenilor psihodinamici asociați de conținut conflictual și nevoi structurale. Interpretarea senzațiilor propriului corp poate fi utilă în aplicarea terapiilor pozitive și psihodinamice, precum și în abordările cognitive pentru a vedea interacțiunea corpului ca pe un instrument de înțelegere a agendei ascunse.

Keywords: Psihoterapie pozitivă, contra-transfer, factori de protecție, prevenire, limbajul corpului

*Noi nu tremurăm pentru că ne este frică de leu,
dar tremurăm, și asta simțim ca fiind frica noastră.
Cu alte cuvinte, emoțiile sunt sentimente ale schimbărilor
corporale."
James, 1884*

Introducere

Impactul limbajului corpului, al interacțiunii și al inițiativei în copilăria timpurie

Interacțiunile fizice dintre persoane încep încă din timpul sarcinii, între mamă și copil, fiind influențate de interacțiunea mamei cu mediul său: Unii cercetători au constatat chiar că influența prenatală a stresului mamei în timpul sarcinii cauzează mai multe probleme emoționale și de comportament la copil mai târziu în școală (prezentare generală în Talge et al., 2007). O'Connor et al. (2002) au arătat că această influență prenatală

chiar dacă mama și-a controlat mai bine anxietatea și depresie după nașterea copilului său (Schmid-Hagenmeyer, 2008). Interacțiunea dintre limbajul corporal al mamei și al copilului, ca factor de protecție pentru sănătatea mintală, a fost găsită ca fiind "atingerea din partea mamei în interacțiunea cu copilul, susținerea mamei..., zâmbetul în interacțiunea cu mama, limbajul expresiv în timpul copilăriei". În urma cercetărilor s-a constatat că acest lucru are o influență puternică asupra sănătății mintale chiar și 19 ani mai târziu, la vârsta adultă, în comparație cu interacțiunea cu mama în timpul copilăriei copilului. Interacțiunea activă timpurie poate preveni depresia, aproape independent de factorii genetici. "Cu cât mama a arătat mai puțină inițiativă în contactul cu copilul de trei luni, cu atât copiii s-au remarcat a fi mai depresivi la vârsta de 19 ani, iar

cu atât acest lucru devenea mai grav, rezultând diagnostice de depresie sau distimie". De asemenea, acești copii au prezentat mai multe simptome comportamentale între vârsta de 2 și 15 ani. Sprijinul social pentru femeile însărcinate și proaspetele mame joacă un rol important; cu cât au avut mai mult sprijin, cu atât sunt de obicei mai receptive cu copiii lor. "Sprijinul emoțional este oferirea de empatie, preocupare, afecțiune, dragoste, încredere, acceptare, intimitate, încurajare sau grijă. Este căldura și îngrijirea oferite de sursele de sprijin social". Toate aceste capacități și atașamentul sunt exprimate prin limbajul corpului și sunt la fel de simțite în sesiunile de terapie.

Metodologie

Limbajul corpului , *personalitatea*
și *relațiile terapeutice*

Există diferite moduri de percepere a limbajului corporal, legate de personalitățile specifice cu stilul lor de percepție și de evaluarea specifică a limbajului corporal perceput. Fuchs și Koch (2014) o descriu în mod clar: "Considerăm că emoțiile rezultă din interacțiunea circulară dintre calitățile afective sau disponibilitățile din mediu și rezonanța corporală a subiectului, fie sub formă de senzații, posturi, mișcări expresive sau tendințe de mișcare. Mișcarea și emoția sunt astfel intrinsec legate: cineva este mișcat de mișcare (percepție; impresie; afecțiune) și mișcat să se miște (acțiune; expresie; e-mișcare). Prin rezonanța sa, corpul funcționează ca un mediu de percepție emoțională: acesta colorează sau încarcă experiența de sine și mediul cu valențe afective, în timp ce el însuși rămâne în fundalul propriei conștiințe. Acest model este apoi aplicat înțelegerii sociale emoționale sau interafectivității, care este privită ca o întrepătrundere a două cicluri de afectivitate întrupată, modificând astfel în mod continuu disponibilitățile afective și rezonanța corporală ale fiecărui partener. Concluzionăm cu considerații privind modul în care afectivitatea întrupată este alterată în psihopatologie și poate fi abordată în psihoterapia sinelui întrupat...

"Particularitatea sentimentelor este că ele ... afectează toate domeniile: experiența, exprimarea, comportamentul instrumental și fiziologia. Sentimentele sunt testul de turnesol pentru stadiul discuțiilor despre problema trup-suflet. Ereditatea sentimentelor, a temperamentului, chiar și a empatiei va trebui să fie redeschisă și probabil va trebui să îi acordăm o pondere mult mai mare decât era obișnuit în cercurile psihanalitice (Zahn-Waxler et al., 1992)."

Baza fizică și medierea emoțiilor se află în plin proces de iluminare: "Emoțiile nu sunt doar reprezentări experiențiale ale proceselor fiziologice, ci funcționează ca organizatori și integratori pentru procese fiziologice importante și în special pentru potențialul nostru de apărare imunologică. "...Neuropeptidele (sunt) principalii mediatori moleculari pentru emoții (Pert, 1986)... Neuropeptidele sunt localizate cel mai dens în sistemul limbic. Această regiune a creierului este deosebit de semnificativă pentru analogii neurologici emoționali. ...Această rețea de neuropeptide (formează) o bază biochimică pentru acest lucru. că emoțional stimuli pot modula apariția și dezvoltarea sau regresia bolilor biologice". "Dislocarea sentimentelor agresive ($p < 0,001$), a stărilor umoristice. an stilul activ de apărare sau coping, emotivitatea generală crescută... sunt strâns corelate cu competența imunitară versus eșecul imunitar "

Aplicație

Cum putem aborda interacțiunea corporală în terapie?

Ca terapeut, pot să mă simt foarte furios sau chiar disprețuitor, dar nu voi da înapoi direct afectiv, ci mai degrabă ca un "recipient" care să preia proiecțiile, să le transforme și să le plaseze în intervențiile mele într-un mod curativ. Dacă acest lucru este corect, atunci este adevărat și contrariul: în calitate de terapeut puteți avea sentimentul în interiorul dumneavoastră de a reacționa foarte empatic și iubitor la ofertele pacientului și, în același timp, de a acționa foarte diferit în comportamentul microexpresiei afective. Acest lucru este, de asemenea, verificabil și mai frecvent decât credem". (Krause, 1996). Krause (1996) descrie importanța capitală a recunoașterii tipului de sentimente în psihoterapie pentru succesul terapiei, chiar ca factor de prognostic în cadrul primelor ședințe. În plus, o interacțiune activă cu clientul folosind conștientizarea pentru propriile sentimente devine un model pentru clienți de a fi conștienți de propriile sentimente și impulsuri.

Inconștientul se manifestă adesea printre rânduri, este interpretat printr-o clauză subordonată, o pauză nepotrivită pentru a vorbi, o scăpare a limbii sau în caracterele limbajului corporal care îl însoțesc. În timp ce pacientul vorbește, putem observa comunicarea sa non-verbală: Vă apucă mâna sau se apropie de dumneavoastră, cerându-vă salutul? Își întinde mâna departe de el pentru a păstra distanța față de dumneavoastră, pentru a-și retrage rapid mâna după strângerea de mână? Imagini lingvistice de genul: "Acolo pământul se rupe sub picioarele mele

picioare" sau "Pierd controlul" conțin limbajul corpului foarte clar. Comunicarea non-verbală este revoluționară pentru procesul inconștient care se desfășoară între dumneavoastră și pacient încă din primul minut. Corpul comunică nu numai prin expresii faciale și gesturi, ci și prin circulația sanguină a pielii (pacientul se înroșește sau se încălzește), mirosul corpului (de exemplu, transpirația anxioasă care îi place să fie mascată cu mult parfum), mâinile umede, schimbările în respirație și reacțiile pupilelor. Chiar dacă observația dvs. conștientă ratează unul sau altul dintre detaliile limbajului corporal, sistemele dvs. inconștiente de percepție îl vor sesiza implicit. În acest sens, autoobservarea terapeutului aparține, de asemenea, observației într-un mod foarte special. Nu colectați doar date, ci simțiți-vă și pacientul: Ce vă declanșează oamenii în sentimente, reacții vegetative, prejudecăți, judecăți de valoare, temeri, dorințe, fantezii, amintiri?

Discuții

Pentru depresie, conflictul subconștient de bază al anxietății de separare și pierdere a fost descris de Gerd Rudolf (Küchenhoff, 2017) într-un mod în care, mai târziu, anxietatea de a pierde atașamentul și relația devine un motiv pentru reacțiile depresive. Relația terapeutică semnificativă din punct de vedere emoțional, activă și fizic-interactivă poate avea aici o calitate vindecătoare, ceea ce înseamnă că modul în care suntem, atitudinea noastră față de client are un impact mai mare decât ceea ce "facem" sau metoda pe care o aplicăm. Chebotareva, I. S. (2001) a descris importanța emoționalității și personalității femeilor însărcinate în interacțiunea terapeutică și dinamica schimbătoare în procesul de tratament prin psihoterapie pozitivă în Kazan, Rusia. Pe de altă parte, în manualul "Psihoterapie pozitivă", termenul "emoție" nu poate fi găsit în index și nici nu pot fi găsite referiri la "sentiment" sau "afect". În comparația dintre analiza diferențierii și terapia primară foarte accentuată afectiv conform lui A. Janov, Peseschkian atribuie zona emoțională cu căutarea iubirii și a recunoașterii abilităților reale primare. Cu toate acestea, el tratează emoțiile și afectele în povestiri fără a face din emoția în sine subiectul; el le vede mai degrabă ca pe contrapartea fizică a unui microconflict cu conținut definibil, pe care o persoană matură îl poate controla cognitiv.

Concluzii

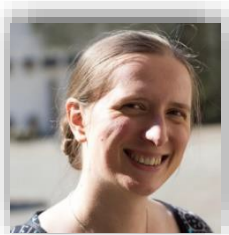
Procesul de terapie lucrează inconștient și mai târziu conștient cu sentimentele ca senzații corporale: A simți, a simți, a percepe, a numi și a scrie sentimentele și funcțiile corporale - acesta este primul pas de observare și distanțare într-un proces de psihoterapie pozitivă. Pentru a diferenția sentimentele și reacțiile corporale în pasul următor, le putem traduce în conținuturile subiacente ale capacităților, valorilor, conținuturilor conflictuale și tiparelor relaționale în raport cu experiența și istoria pacientului. A numi sentimentele care lipsesc pacientului, sunt ele acoperite de mecanisme de apărare sau nu sunt capabile să simtă, devine o încurajare în situația pacientului și a mediului său. Sentimentele semnaleză conflicte - rezolvarea lor este posibilă prin înțelegerea limbajului corpului ca expresie a conflictelor interioare, care pot fi resimțite și în contratransfer. A permite pacientului să experimenteze conștient senzațiile și să diferențieze conținutul lor în relații largeste posibilitățile clientului.

Referințe

- [1] **BOESSMANN, U., REMMERS, A** (2011). *Das Erstinterview: Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Praxis der psychodynamischen Anamneseerhebung, Diagnostik, Indikationsstellung und Therapieplanung* [Primul interviu: Practica anamnezei psihodinamice, practica anamnezei psihodinamice, diagnosticul, indicația și planificarea terapiei]. Deutscher Psychologen Verlag; 1., Ediție. 136 s.
- [2] **CHO, S.M., KIM, E.J., LIM, K.Y., LEE, J.W., SHIN, Y.M.** (2015). Efectele depresiei materne asupra problemelor de sănătate mintală ale copilului în funcție de sexul copilului. *Community Ment Health J.* 2015 Apr;51(3):354-8. DOI: [10.1007/s10597-014-9824-6](https://doi.org/10.1007/s10597-014-9824-6)
- [3] **CROCKENBERG, S., & ACREDOLO, C.** (1983). Evaluările temperamentului sugarului: O funcție a sugarilor, a mamelor, sau a ambelor? *Infant Behavior & Development*, 6(1), 61-72. DOI: [10.1016/S0163-6383\(83\)80008-3](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(83)80008-3)
- [4] **FUCHS, T. & KOCH, S.** (2014). Embodied affectivity: On moving and being moved. *Frontiers in Psychology*, 5, articolul 508. DOI: [10.3389/fpsyg.2014.00508](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2014.00508)
- [5] **KRAUSE, R.** (1996). Preocuparea de urgență hipertensivă. Jurnalul oficial al Societății pentru medicina academică de urgență. Volumul 3, numărul 6, iunie 1996, pp. 646-647. DOI: [10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x](https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1996.tb03477.x)
- [6] **KÜCHENHOFF, J.** (2017). *Depresie*. Psychosozial Verlag. S. ISBN 978-3-8379-2705-4
- [7] **LAUCHT, M.** (2011). Risiko- und Schutzfaktoren in der frühen Kindheit [Factori de risc și protecție în copilărie]. *Zentralinstitut für Seelische Gesundheit Mannheim GAIMH Jahrestagung*, Wien, nr. 16., 2011, pp. 17.-19.

- [8] **PERT, C. B.** (1986). Înțelepciunea receptorilor: neuropeptide, emoții și corp-minte. *Adv Mind Body Med.* 2002 Fall;18(1):30-5. PMID: 12523304.
- [9] **REMMERS, A** (2019). Prelegere la Conferința "25 de ani de psihoterapie pozitivă în Bulgaria", Varna, Bulgaria, 18.05.2019
- [10] **REMMERS, A.** (2021). A fi sau a nu fi - Hamlet și tehnica psihoterapeutică: Despre alianța terapeutică, creștere și terapie eficientă. "*Psihoterapeutul global*", Vol. 1, nr.1, pp. 39-44. DOI: [10.52982/lkj140](https://doi.org/10.52982/lkj140)
- [11] **SCHMID-HAGENMEYER, B.** (2008). Einfluss der frühen Mutter-Kind-Interaktion auf die Depressivität und Stressreaktivität im jungen Erwachsenenalter unter Berücksichtigung moderierender genetischer Faktoren [Influența interacțiunii timpurii mamă-copil asupra depresiei și reactivității la stres la adulții tineri, luând în considerare moderarea genetică factori în considerare]. *Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg Fakultatea de Medicină Mannheim Versiunea scurtă a disertației.* URL: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/11803> (accesat: 30.03.2021)
- [12] **ZAHN-WAXLER, C., RADKE-YARROW, M., WAGNER, E., & CHAPMAN, M.** (1992). Dezvoltarea preocupării pentru ceilalți. *Developmental Psychology*, 28(1), 126-136. DOI: [10.1037/0012-1649.28.1.126](https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.1.126)
- [13] **ЧЕБОТАРЕВА, И. С. [CHEBOTAREVA, I. S.]** (2001): Эмоциональность и личность беременных и меняющаяся динамика в процессе позитивного психотерапевтического лечения [Emotionality and Personality of Pregnant Women and the changing Dynamic in the Process of Positive Psychotherapy Treatment]. *Disertație psihologică Facultatea de Psihologie Medicală și Psihologie Generală*, Universitatea Kazan, Rusia.

PROVOCĂRI ALE TERAPIEI PSIHOLOGICE CU ADUȚI AUTIȘTI



Ewa Dobiała

MD, psihoterapeut și supervizor-formator în cadrul Asociației Poloneze de Psihiatrie, Formator de bază în PPT, Centrul de Sănătate Mintală din Leszno, Centrul de Psihoterapie Pozitivă din Leszno, Institutum Investigationis Scovorodianum în cadrul Fundației Autism Team (șef al Secției de Psihiatrie, Polonia), Fundația Prodeste (Polonia)

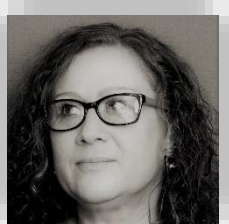
E-mail: edobiala@gmail.com



Renata Stefańska-Klar

MA, PhD, psiholog consilier, terapeut
Școala Profesională Superioară de Stat din Racibórz, Institutul de Studii Educaționale, Institutum Investigationis Scovorodianum la Fundația Autism Team (Șeful Secției Psihologice, Polonia)

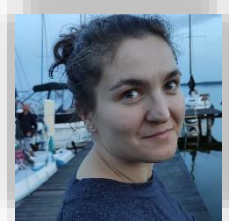
Email: renata.stefanska-klar@wp.pl



Aleksandra Rumińska

MA, Școala doctorală a Universității Silezia din Katowice, Institutum Investigationis Scovorodianum în cadrul Fundației Autism Team (coordonator al cercetării interdisciplinare, secțiunea pedagogică, Polonia)

E-mail: aleksandra.ruminska@us.edu.pl



Paulina Gołaska-Ciesielska

MA, PhD, psiholog, terapeut
Centrul pentru susținerea relațiilor din Poznań, Institutum Investigationis Scovorodianum din cadrul Fundației Autism Team (Secția psihoterapeutică, Polonia)

E-mail: kontakt@wspieranierelacji.pl



Maciej Duras

MA, pedagog, terapeut
Centrul pentru Sprijinirea Relațiilor din Poznań

E-mail: maciej@wspieranierelacji.pl



Weronika Janiak

MA, jurnalist, politolog, activist și voluntar FIONA Foundation, Active Foundation FURIA in Poznań

Email: wejaniak@gmail.com

Primit 19.03.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Rezumat

Tulburarea din spectrul autist (TSA), ca model neurodivers de dezvoltare, afectează între una și două persoane la fiecare 100 de persoane. Persoanele autiste se confruntă cu diferite provocări în fiecare deceniu al vieții lor. Dificultățile în ceea ce privește funcționarea senzorio-motorie, codurile emoționale, comunicarea și cogniția, deși cauzează tulburări emoționale, constituie o bază pentru dezvoltarea unei culturi unice. Cunoașterea, înțelegerea, respectul și deschiderea față de neurodiversitate sunt premisele fundamentale pentru psihoterapeuții transculturali și pozitivi și pentru orice profesionist care intenționează să ofere terapie psihologică persoanelor autiste. În această lucrare, discutăm aspectele medicale, psihologice și socioculturale ale spectrului autist și prezentăm obiectivele de bază ale muncii terapeutice cu adulții autiști.

Cuvinte cheie: adulți, tulburare de spectru autist, recomandări, psihoterapie pozitivă

mare în rândul autiștilor

Introducere

Datorită modelului lor diferit de dezvoltare, persoanele autiste se confruntă adesea cu o lipsă de înțelegere a nevoilor lor unice din partea celorlalți, inclusiv a psihologilor terapeuți. În științele medicale și psihologice actuale, nu există un "standard de aur" pentru intervenția terapeutică la indivizii autiști. În același timp, înțelegerea noastră a spectrului autist se schimbă și devine învechită foarte repede. În timp ce există o multitudine de intervenții terapeutice destinate copiilor și adolescenților autiști (Greenspan & Wieder, 2014), există doar câteva intervenții destinate adulților autiști, ceea ce face ca oferta de asistență disponibilă să fie insuficientă. Numărul adulților autiști din întreaga lume este dificil de estimat. Studiile epidemiologice sunt de obicei efectuate la copii, iar rezultatele lor sunt extrapolate la populația generală, ceea ce nu pare pe deplin legitim. Unul dintre puținele studii efectuate la adulți (Brugha et al., 2007) a arătat că, în Regatul Unit, prevalența tulburărilor din spectrul autist era de 1%. Experiența clinică sugerează că numărul de adulți autiști, care primesc diagnosticul de autism foarte târziu, de exemplu, după o căutare îndelungată și numeroase vizite la diferiți profesioniști sau după ce și-au descoperit propria neurodiversitate prin diagnosticarea propriilor copii, crește în fiecare an. Această creștere este vizibilă în special în cazul femeilor a căror evaluare diagnostică necesită cunoștințe distincte și atenție din partea profesioniștilor care abia încep să învețe cum să recunoască în mod eficient manifestările subtile ale fenotipului autist feminin (Rynkiewicz et al., 2019). După cum se arată mai departe în această lucrare, nevoia de sprijin psihologic și terapeutic este deja

ISSN 2710-1460

Este o problemă care afectează populația din mai multe motive și care va deveni și mai mare odată cu creșterea acestei populații. Atunci când profesioniștii nu sunt sensibili la specificitatea spectrului autist, această activitate poate fi, totuși, ineficientă și o sursă de frustrare pentru toate părțile implicate.



1.1 Prezentare generală a vârstei adulte

Adultul este cea mai lungă etapă de dezvoltare din viața umană, care se întinde pe mai multe decenii între adolescență și bătrânețe, ale cărei limite sunt determinate de factori biologici, demografici, sociali și culturali. Acest lucru se datorează faptului că durata de viață în sine, precum și rata de îmbătrânire și normele și reglementările juridice referitoare la diferite aspecte legate de vârstă influențează cine este considerat a fi la vârsta de consimțământ pentru, de exemplu, o căsătorie, cine este supus răspunderii penale sau cine are dreptul la pensie. Psihologia dezvoltării a venit cu multe clasificări ale stadiilor de dezvoltare, care sunt adesea discrepante în ceea ce privește limitele de vârstă ale vârstei adulte. De exemplu, E. Erikson sau R. Havighurst au considerat vârsta de 18 ani ca fiind începutul vârstei adulte, subdivizată ulterior în: vârsta adultă timpurie (18-35 de ani), vârsta adultă mijlocie (aka vârsta mijlocie, 35-60 de ani) și vârsta adultă târzie (peste 60 de ani). D. Levinson extinde considerabil vârsta adultă timpurie, plasând-o între 17 și 45 de ani, fiecare perioadă de cinci ani marcându-și începutul și sfârșitul respectiv, văzută ca o fază de tranziție (Brzezinska et al., 2015).

Datele cercetărilor contemporane indică "întârzierea din ce în ce mai mare a intrării în vârsta adultă" a tinerilor moderni, care se reflectă în faptul că aceștia rămân mai mult timp la studii cu normă întreagă, au o carieră permanentă, cu normă întreagă, mai târziu, precum și își întemeiază o familie sau dau naștere primului copil după vârsta de 30 de ani (Brzezińska &

Syska, 2016). Prin urmare, diviziunile adultului propuse de autorii contemporani trebuie să țină cont de aceasta, deși nu este clar dacă problema-cheie ar trebui denumită "amânarea" adultului, mai degrabă decât "debutul întârziat" al acestuia. În consecință, Bee (2004) sugerează că vârsta adultă timpurie începe la vârsta de 20 de ani și durează până la 40 de ani, vârsta mijlocie cade între 40 și 60 de ani, după care urmează vârsta adultă târzie. Această deplasare a vârstei de debut afectează intervalele de vârstă ulterioare, estompând limitele acestora. În conformitate cu cele de mai sus, Brzezińska et al. (2015) împart viața umană în 4 etape distincte: copilăria timpurie și târzie (de la naștere la 10-12 ani), adolescența (de la 10-12 la 20-25 de ani) și vârsta adultă (de la 20-25 de ani până la sfârșitul vieții).

Oleś (2015), pe de altă parte, a postulat patru criterii care - dacă sunt îndeplinite - confirmă faptul că un individ a progresat către vârsta adultă. Primul criteriu (1) este acceptarea și îndeplinirea sarcinilor vieții de adult. În mod tradițional, acestea ar include faptul de a avea un loc de muncă și de a întemeia o familie. Cu toate acestea, în prezent, amploarea transformărilor sociale și psihice din cadrul culturii noastre, precum și modificările condițiilor în care sunt îndeplinite aceste roluri de viață justifică o revizuire a rolurilor și sarcinilor de viață de tip adult. Astfel, în prezent, adulții ar fi persoanele care și-au stabilit direcțiile de viață, și-au ales activitatea predominantă (nu neapărat de natură profesională), și-au identificat aspirațiile pentru următorii 10-20 de ani și sunt capabile să încerce în mod activ și persistent să-și trăiască viața aleasă. În ceea ce privește întemeierea unei familii, această așteptare este înlocuită din ce în ce mai des de faptul că se consideră pregătiți și capabili să construiască relații pe termen lung sau să își respecte alegerea de a trăi singuri. Al doilea criteriu (2) este capacitatea de a-și asuma responsabilitatea pentru sine și pentru ceilalți. Al treilea criteriu (3) este obținerea independenței, în special a independenței emoționale, față de propriii părinți (îngrijitori/ protectori). Aceasta nu înseamnă neapărat părăsirea domiciliului familial, care - postulează Oleś - nu este cel mai important lucru. În schimb, susține el, capacitatea de a face alegeri și de a lua decizii autonome fără a fi nevoie ca procesul decizional să fie susținut sau aprobat de "un adult". Al patrulea criteriu (4) este libertatea de alegere și dorința de a-și îndeplini dorințele și aspirațiile. Acest lucru necesită curaj (pentru a trăi o viață independentă), perseverență (pentru a aborda rolurile vieții de adult) și rezistență (în fața greutăților și a

obstacole) să depună eforturi continue pentru a-și atinge obiectivele în ciuda dificultăților și a eșecurilor.

Gândindu-ne la aceste criterii, devine clar faptul că vârsta adultă nu este legată de vârsta cuiva. În schimb, factorii legați de indivizi și de gradul lor de dezvoltare personală, precum și factorii contextuali care creează câmpul de posibilitate, necesitate și acceptabilitate a propriilor acțiuni joacă un rol esențial.

1.2. Adultul în spectrul autist

Atunci când se evaluează funcția psihosocială a adulților autiști în vederea determinării nevoilor acestora pentru a le oferi un sprijin suficient, trebuie luați în considerare o serie de factori care afectează viața lor de zi cu zi, dincolo de cei asociați în mod obișnuit cu stadiul lor actual de viață. Toate acestea sunt consecințe biologice/medicale, psihologice și sociale ale neurodiversității, adică ale modelului autist de dezvoltare, care trebuie explorate dincolo de perspectiva psihopatologică obișnuită (Stefańska-Klar, 2017a; Stefańska-Klar, 2017b).

1.3 Aspecte medicale ale autismului

Înțelegerea contemporană a spectrului autist presupune natura sa neurobiologică, susținută atât de factori genetici (Sandin et al., 2014; Risch et al., 2014), cât și de factori de mediu, care afectează atât dezvoltarea prenatală, cât și cea postnatală a creierului. Cercetările efectuate până în prezent nu au reușit să identifice niciun factor cauzal izolat. Prin urmare, tulburarea de spectru autist este considerată una dintre cele mai eterogene tulburări neuropsihiatrice. Numeroase studii de cohortă (de exemplu, Hviid et al., 2019) au exclus legătura dintre autism și vaccinări, care a fost sugerată în 1998 și a devenit populară de atunci. Pe de altă parte, variațiile în peste 700 de gene au fost confirmate la indivizii autiști. Cu toate acestea, acestea includ doar câteva mutații *de novo* (Ruzzo et al., 2019). Prin urmare, chiar dacă genele joacă în mod clar un rol în autism, expresia lor fenotipică la indivizii autiști rămâne foarte variabilă (Veenstra-Vanderweele et al., 2004), afectată de o serie de factori prenatali, perinatali și postnatali (Wang et al., 2017).

Specificitatea cogniției autiste, a funcțiilor senzoriale și motorii, precum și a comunicării reprezintă o provocare medicală de-a lungul întregii vieți a unui adult autist, alături de comorbidități, atât fizice, cât și mentale, inclusiv tulburări primare și secundare. Foarte prevalente, aceste comorbidități contribuie la

variabilitatea ridicată a prezentărilor clinice la adulții autiști.

Studii recente arată că 50% dintre persoanele autiste au cel puțin patru comorbidități confirmate (psihiatrice, neurologice, endocrine, reumatologice, gastrointestinale etc.) și că peste 95% dintre copiii autiști au cel puțin o afecțiune suplimentară diagnosticată (Baron-Cohen, 2020). În practica clinică, 83% dintre copiii autiști au o altă afecțiune de neurodezvoltare, 10% au cel puțin o afecțiune de sănătate mintală (tulburare anxioasă, tulburare depresivă, tulburare alimentară etc.), iar 16% au o tulburare neurologică concomitentă. Problemele de somn afectează între 50% și 73% dintre persoanele autiste, prevalența depinzând de definiția presupusă a somnului sau de instrumentul de evaluare utilizat într-un studiu (Hodges et al., 2020).

Prevalența bolilor și tulburărilor psihice crește semnificativ cu vârsta în populația autistă, ceea ce se crede că poate fi atribuit microtraumelor și traumelor din copilărie și adolescență. Aproximativ 50-70% dintre adulții autiști au cel puțin o afecțiune mintală diagnosticată. Riscurile de depresie și schizofrenie la persoanele autiste sunt de 3 ori și, respectiv, de 22 de ori mai mari decât la populația neautistă. Chiar dacă riscul unei tentative de suicid este de 5 ori mai mare la persoanele autiste, doar 50% dintre cei care încearcă să se sinucidă au fost diagnosticați anterior cu depresie. Prevalența bolilor autoimune, endocrine sau reumatologice este, de asemenea, semnificativ mai mare la persoanele autiste comparativ cu populația generală. Un singur studiu prospectiv bazat pe populație a indicat că riscul de mortalitate la populația autistă este aproape dublu față de cel al populației generale (Mouridsen et al., 2008).

1.4 Dificultăți psihologice ale adulților autiști

Persoanele cu trăsături autiste (diagnosticate oficial sau nu) se confruntă cu o serie de dificultăți psihologice, atât cele specifice afecțiunii lor, cât și cele care afectează în mod obișnuit alți adulți din mai multe motive. Psihologia dezvoltării, psihologia clinică și psihologia sănătății oferă instrumente pentru a grupa aceste dificultăți, traducându-se în diferite abordări de consiliere (Czabała & Kluczyńska, 2020). Unele dintre aceste probleme rezultă din bariere interne și externe în calea progresului unei persoane prin etape de dezvoltare consecutive și/sau a îndeplinirii sarcinilor de dezvoltare respective, a rezolvării pozitive a crizelor de viață normative. Acestea pot fi, de asemenea, dificultăți în menținerea unui nivel mental optim

sănătatea și bunăstarea psihologică asociată, care derivă din satisfacția unei vieți pe care o percepem ca fiind semnificativă, fructuoasă și favorabilă dezvoltării personale ulterioare.

Organizația Mondială a Sănătății (2004) definește sănătatea mintală ca fiind "*o stare de bine în care individul își realizează propriile capacități, poate face față stresului normal al vieții, poate lucra productiv și fructuos și este capabil să aducă o contribuție comunității sale*". Prin urmare, dintr-o perspectivă psihologică, sănătatea mintală este un produs secundar al atingerii potențialului maxim al unei persoane în ceea ce privește satisfacerea nevoilor sale, realizarea aspirațiilor, planurilor și obiectivelor sale, întreprinderea de sarcini care mobilizează resursele sale interne și externe, precum și adaptarea pozitivă la stres și la evenimentele dificile din viață. Ceea ce urmează este recunoașterea sănătății mintale ca o condiție *sine qua non* pentru realizarea a tot ceea ce depinde de bunăstare, și anume funcționarea umană bună și fructuoasă, adaptarea pozitivă la schimbările vieții și realizarea de sine în ceea ce privește atingerea aspirațiilor proprii.

Cercetările privind funcționarea psihologică a adulților autiști susțin concluzia că acesta este un grup deosebit de vulnerabil la stres și la consecințele acestuia, precum și la experimentarea unor crize emoționale de diferite origini. Neadaptarea la mediu, legată de stimulii situaționali sau de provocările și dificultățile vieții sociale, pare a fi un factor important (Hirvikoski & Blomqvist, 2015). Specificitatea autistă inerentă a primirii și prelucrării informațiilor senzoriale și semantice, precum și dificultățile interpersonale și sociale (care cuprind aspecte cognitive, emoționale și practice) înseamnă că multe situații pe care majoritatea persoanelor neurotipice le consideră obișnuite și ușor de gestionat devin considerabil mai dificil de gestionat pentru individul autist. Unele situații pot pune chiar o persoană în pragul siguranței mentale și fizice, fiind extrem de consumatoare de energie și solicitând o activitate semnificativ intensă în diferite domenii, pentru a răspunde așteptărilor, a atinge obiectivul sau doar a supraviețui până la încheierea unei situații. Trebuie remarcat faptul că cheltuielile emoționale și energetice în cauză sunt considerabil mai mari în comparație cu cele ale unui individ neurotipic. Atunci când o astfel de experiență devine regulată sau chiar permanentă, o persoană trăiește într-o stare de oboseală cronică, care duce la perioade de epuizare și chiar la un sentiment subiectiv de "epuizare a vieții" (Stefańska-Klar, 2020). Incapacitatea unei persoane de a face față situației

Acestea pot fi izbucniri afectiv-comportamentale bruște ("meltdowns") sau colaps energetic, care se manifestă prin incapacitatea prelungită de a se mișca, detașarea de stimuli sau chiar căderea într-un somn profund, indiferent de locația fizică (shutdown). În absența sprijinului și a accesului la resurse personale, epuizarea duce la ceea ce a fost numit "burnout autist", care este o stare care amenință sănătatea sau chiar viața însăși. Un grup distinct de dificultăți psihologice cu care se confruntă persoanele autiste sunt cele care rezultă din atingerea intempestivă (adică accelerată sau întârziată) a etapelor ulterioare ale dezvoltării psihosociale și de personalitate .

Sistemul provine din nepotrivirii dintre capacitatea intelectuală a unei persoane, disponibilitatea de a întreprinde sarcini specifice de dezvoltare și abilitățile sociale, de comunicare sau emoționale. Alternativ, ele pot proveni din faptul că o persoană nu este pregătită să își asume anumite roluri, în ciuda normelor și așteptărilor societății exprimate, explicit sau implicit, de către cei importanți pentru individ (Stefańska-Klar, 2017). Societatea poate "împinge" o persoană autistă să își asume roluri și sarcini considerate adecvate din punct de vedere al statutului , adecvate statutului sau așteptate de normele socio-culturale. Alternativ, alimentată de teamă, îngrijorare sau prejudecăți, aceasta poate crea bariere, îi poate împiedica activitatea sau o poate împiedica să întreprindă anumite acțiuni. Urmează, ca urmare psihologică, lipsa sau pierderea autonomiei, crize emoționale, depresie și/sau neajutorare învățată. Pe de altă parte, efectul autismului poate cauza dificultăți în atingerea propriilor obiective și în satisfacerea propriilor nevoi chiar și pentru o persoană care își îndeplinește cu succes planul personal de viață, în absența sau în ciuda barierelor sau obstacolelor. În timp ce un astfel de efect poate fi limitat la un individ (probleme personale, dificultăți de personalitate etc.), el afectează adesea mai apropiate și mai îndepărtat cum ar fi relațiile cu cei dragi, în cadrul sistemului familial, la locul de muncă, în vecinătate etc.

Persoanele autiste care au relații, și-au întemeiat o familie și au copii se confruntă cu probleme tipice cuplurilor sau familiilor în care un membru al familiei este autist, fie că este vorba de un adult, un copil/copii sau ambii. În aceste circumstanțe, trăsăturile autiste ale unuia sau ale ambilor soți/parteneri afectează problemele abordate în mod obișnuit în consilierea de cuplu, terapia de familie și sprijinul psihologic pentru părinții copiilor autiști, care ar trebui să fie întotdeauna luate în considerare atunci când se

lucrează cu acest grup de clienți. De exemplu, părinții autiști se pot teme că nu sunt suficient de competenți

să își crească copilul non-autist, simțindu-se incapabili să îl înțeleagă pe copil sau să răspundă în mod adecvat nevoilor copilului.

Un alt grup de dificultăți psihologice este legat de imaginea de sine și acceptarea de sine, sensul subiectiv al vieții și satisfacția de viață percepută, care stau la baza bunăstării psihologice de-a lungul întregii vieți. Acestea includ toate aspectele asociate cu conștientizarea autismului, înțelegerea impactului acestuia, acceptarea diagnosticului, mulțumirea de sine, precum și o evaluare pozitivă a locului fiecăruia în lume și a calității relațiilor sale cu ceilalți. După cum era de așteptat, nevoile adulților tineri vor fi diferite de nevoile celor aflați la mijlocul vieții sau la bătrânețe. Prin urmare, este important să se identifice etapa din viața adultă afectată de personalitatea și dificultățile existențiale ale unei persoane autiste (Stefańska-Klar, 2017).

1.5 Dimensiunile sociale și culturale ale autismului: problema autoidentității autiste

Identitatea de sine autistă, definită ca o autopercepție cognitivă a unui individ autist în toate relațiile posibile cu sine însuși și cu lumea exterioară, poate începe să se dezvolte numai după ce autismul a devenit cunoscut. Construirea identității de sine necesită o ancorare în societate și cultură, urmată de o construcție a conștiinței și a conștiinței de sine, capacitatea de a se identifica cu ceilalți și de a compara propriile trăsături cu cele ale altora. A. Giddens (2012) definește identitatea de sine ca fiind *"un proiect reflexiv al sinelui, care constă în susținerea unor narațiuni biografice coerente, dar revizuite continuu, și care are loc în contextul alegerii multiple, filtrate prin sisteme abstracte"*. Identitatea de sine autistă, ca identitate colectivă a unei mișcări sociale, autopercepție cognitivă comună și împărtășită de grupuri de persoane cu caracteristici similare, definite ca trăsături autiste, este o realitate nouă și dinamică, dar profund înrădăcinată în cultură, creată de societate și tipică acesteia. Se încadrează în modelul identității de rezistență cu caracteristici proiective, definit de Boksanski (2005), deoarece actorii sociali sunt marginalizați de logica dominației, care îi face să se simtă stigmatizați. Aceștia sunt adesea excluși de la participarea deplină la viața socială, ceea ce îi determină în plus să opună rezistență, ceea ce duce la adoptarea unor reguli diferite de cele susținute de partea societății care îi exclude. Activitățile au vizat o transformare globală a structurii sociale și a principiilor care stau la baza acesteia (Boksanski, 2005),

fiind unul dintre obiectivele cheie ale autoprovocării autismului, demonstrează caracteristici în concordanță cu modelul proiectiv al identității. Astfel de activități aduc schimbări calitative în nivelul de conștientizare și înțelegere a autismului. Astfel, ca atare, ele sunt semnificative din perspectiva praxiologiei. Acest lucru este în mare parte meritul mișcărilor de autopromovare, care urmăresc să responsabilizeze grupurile și indivizii, să îi ajute să își recâștige autoritatea și să se asigure că drepturile omului și drepturile civile sunt acordate în mod corespunzător. Prin urmare, autoreprezentarea este centrată pe categorii sociologice precum încrederea, agenția, identitatea socială, îngrijirea, demnitatea și respectul, reprezentarea, cooperarea și subiectivitatea (Raclaw & Trawkowska, 2017).

Istoria mișcărilor de auto-apărare a autismului datează din 1990, când a fost înființată prima astfel de mișcare identitară a persoanelor diagnosticate cu autism, Comitetul Național pentru Autism (AUTCOM), *"... pentru a proteja și promova drepturile omului și drepturile civile ale tuturor persoanelor cu autism și diferențele de comunicare și comportament aferente. În fața politicilor sociale de devalorizare, care sunt exprimate în practicile de segregare, medicalizare și condiționare aversivă, afirmăm că toți indivizii sunt creați egali și înzestrați cu anumite drepturi inalienabile și că printre acestea se numără viața, libertatea și căutarea fericirii"*

(<https://www.autcom.org/about.html>

[accesat la: 30.08.2020]).

O altă astfel de organizație, Autism Network International (ANI), este o organizație de auto-ajutor și de apărare a drepturilor persoanelor autiste, creată în 1992 de Jim Sinclair, Kathy Grant și Donna Williams. Obiectivele organizației sunt de a ajuta persoanele autiste să identifice modalități pozitive de a trăi cu autism și de a funcționa ca persoane autiste într-o lume neurotipică, de a le oferi un sentiment de apartenență la cultura autistă comună și, din 1996, de a împărtăși și extinde cunoștințele bazate pe relatări de primă mână ale persoanelor autiste în

timpulAutreat

(https://www.autreat.com/History_of_ANI.html [accesat la: 30.08.2020]).

În 2006, Ari Ne'eman și Scott Michael Robertson au fondat Autistic Self Advocacy Network (ASAN), o organizație internațională al cărei motto este: Nimic despre noi fără noi. Aceasta a fost înființată ca răspuns la legislația din SUA, precum și la portretizarea inexactă din mass-media a persoanelor autiste ca fiind lipsite de independență, periculoase și având nevoie

de terapie intensivă de aversiune. ASAN și-a exprimat opoziția față de Autism Speaks - o organizație care pretinde că sprijină persoanele autiste și familiile acestora, pe

din cauza disprețului sistemic și strategic față de persoanele cu autism, a contribuției lor la stigmatizarea autismului și a excluderii persoanelor cu autism din dezbaterile publice privind problemele care le afectează în mod direct. ASAN a inițiat campania de introducere a unor modificări juridice în încercarea de a împiedica Centrul Educațional Judge Rotenberg să utilizeze deceleratorul electronic gradat (GED), un dispozitiv de stimulare electrică conceput de fondatorul centrului, Matthew Israel.

Administrația americană pentru alimente și medicamente (FDA) a interzis GED abia în 2020, după ce Organizația Națiunilor Unite a condamnat de două ori dispozitivul drept tortură. Cu toate acestea, JRC utilizează în continuare alte tratamente aversive pe studenții și rezidenții săi

(<https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-look-for-public-apology-reparations.html> [accesat la: 01.09.2020]).

Inițiativele la firul ierbii par esențiale pentru discursul privind locul persoanelor autiste în societate. Prin urmare, astfel de mișcări de auto-apărare și organizații din sectorul terțiar care lucrează cu și în numele persoanelor autiste și al aliaților acestora au fost înființate și în Polonia. Acestea sunt organizația de autopromovare a autismului "Bright Side of the Spectrum" [poloneză: Jasna Strona Spektrum] și organizațiile de autopromovare a autismului centrate în jurul Asociației Mary și Max [poloneză: Stowarzyszenie Mary i Max]. În plus, Fundația Autism Team, o organizație pentru persoanele autiste, familiile, prietenii și aliații acestora, are "Clubul Tinerilor Conștienți", o inițiativă de bază demarată de Jan Gawroński, un tânăr autist autoadvocat. Toate aceste grupuri oferă psihoeducație persoanelor autiste, familiilor acestora, profesorilor/educatorilor și alți profesioniști. Unele dintre aceste inițiative urmăresc, de asemenea, promovarea unor schimbări pozitive în legislație și infrastructură pentru a reduce dizabilitatea socială a persoanelor autiste. Pe site-ul web al ASAN se poate citi: *Autismul (...) nu este o boală.*

Este o afecțiune neurologică, de dezvoltare; este considerată o tulburare și este invalidantă în multe și diverse moduri. Aceasta durează toată viața. Nu dăunează sau nu ucide din proprie inițiativă. Este o componentă edificatoare și semnificativă a identității unei persoane și definește modul în care un individ experimentează și înțelege lumea din jurul său. Este omniprezentă" (<https://autisticadvocacy.org/about-asan/identity-first-language/> [accesat la: 04.09.2020]). Această definiție este esențială pentru autopromovarea

autismului. Deși nu exclude coexistența autismului și a dizabilității, aceasta subliniază faptul că o astfel de coexistență nu este o

loc comun. Autismul nu este un deficit sau o deficiență funcțională, care poate și trebuie să fie corectată. Un individ autist care crește și se dezvoltă într-un mediu prietenos își va construi identitatea de sine pe baza resurselor personale și a celor obținute din mediul înconjurător; prin urmare, autismul nu poate fi văzut ca un "adaos" la un individ. În plus, după cum subliniază Sabina Pawlik, persoanele autiste autoproclamate, a căror activitate contribuie la modelarea discursului despre autism într-un domeniu public, câștigă din ce în ce mai mult control asupra categoriilor prin care sunt definite, expunând laturi întunecate precum eugenia, abuzul instituțional și stigmatizarea care au fost o experiență a multor persoane autiste (Pawlik, 2015). Căutarea de a defini normalitatea pe baza a ceea ce este comun, omogen și uniform, prin respingerea a ceea ce este diferit, este profund înrădăcinată în cultura noastră. Tot ceea ce provoacă supărare, anxietate sau surpriză trebuie investigat și explicat (Brauner & Brauner, 1988). Deoarece investigarea este limitată de resurse și instrumente, comunitățile needucate și-au dezvoltat propriile povești populare, mituri și legende. În acestea, persoanele cu dezvoltare diferită erau etichetate drept "copii găsiți" (în poloneză: podrzutki, podciepy, niańduchy, zamienoki, znajdy, cf. Kojder-Demska, 2020), adică copii lăsați în familiile lor de zeițe, elfi, oameni buni sau alte personaje din lumea magiei. Această noțiune emică a handicapului afectează încă semnificativ nivelul de acceptare socială a handicapului sau a diferențelor de dezvoltare. Aceasta se reflectă în numeroase superstiții privind, de exemplu, femeile însărcinate și bebelușii. Bebelușii poartă încă panglici roșii ca protecție împotriva răului, iar motivul unui "ochi rău" este omniprezent în toate culturile. Unii oameni încă mai cred că dizabilitatea poate fi o pedeapsă din partea lui Dumnezeu pentru păcatele strămoșilor sau un rezultat al unei educații de calitate inferioară.

Percepția autismului a fost afectată și de dezvoltarea științelor sociale, începând cu L. Kanner și H. Asperger, ale căror lucrări au cuprins conceptul și criteriile de diagnosticare a autismului. Mai târziu, teoria psihogenă a autismului a lui Bettelheim, cu conceptul său central de "mamă frigider", a cauzat daune ireversibile semnificative persoanelor autiste și familiilor acestora (Rosmalen & Veer, 2020). Din păcate, acest lucru este valabil și în ceea ce privește analiza comportamentală aplicată utilizând tratamente aversive dezvoltate de Lovaas (Kirkham, 2017). În sfârșit, autori contemporani precum T. Attwood, T. Gałkowski sau S. Baron-Cohen, experți incontestabili în

cercetarea autismului, au contribuit, de asemenea, la

În proiectul discutat, am fost ghidați de motto-ul: "Persoana este pe primul loc" încă de la începutul activității noastre, cu scopul principal de a pune pacientul/ clientul, emoțiile și nevoile sale pe primul loc în tot sprijinul terapeutic, indiferent de potențialul său cognitiv și social, conștiința de sine, reglarea emoțională, sănătatea sau independența. Prin urmare, paradigma terapiei umaniste, în care percepția persoanei ca subiect și nu ca obiect este centrală pentru toate activitățile care se bazează pe punctele forte ale persoanei și îi protejează vulnerabilitățile, indiferent de (neuro)diversitatea sau dizabilitatea acesteia, a devenit centrală pentru recomandările postulate în prezentul document. Această paradigmă este în concordanță cu definiția socială a handicapului și cu percepția handicapului în termeni de normalizare, integrare și emancipare (Krauze, 2010). Definirea autismului ca neurodiversitate, mai degrabă decât ca tulburare, este un aspect semnificativ al identității de sine autiste și un factor de promovare și menținere a sănătății mintale bune a persoanelor autiste.

Metodologie

Aceste recomandări au fost redactate ca parte a proiectului "Awareness and Relationships. Îmbunătățirea accesului la terapiile psihologice pentru adulții din spectrul autist", proiect derulat de Centrul pentru Sprijinirea Relațiilor în cadrul "Generator de accesibilitate: Incubatorul de inovare socială" în cadrul Programului Operațional "Dezvoltarea cunoașterii și educației", Axa prioritară IV Inovare socială și cooperare transnațională, Acțiunea 4.1 Inovare socială, cofinanțat de Uniunea Europeană prin Fondul Social European. Scopul a fost de a inspira reflecția asupra specificității și distincției muncii (psiho)terapeutice cu persoanele neurodiverse. Echipa de autori, toți fiind membri ai echipei de lucru a proiectului, reprezintă diverse domenii ale științei și practicii clinice. Am decis să prezentăm diferite perspective și moduri de înțelegere a spectrului autist la vârsta adultă. Limbajul descriptiv al acestei lucrări s-a dorit a fi supraparadigmatic, prin urmare termenii pacient/client au fost folosiți interschimbabil pentru a desemna un individ autist care caută sprijin terapeutic, lăsând în urmă discuția despre semnificațiile atașate acestor termeni. Credem cu tărie că, indiferent dacă sunt denumiți client sau pacient, indivizii și nevoile lor ar trebui să fie întotdeauna la

în centrul proiectării și furnizării oricăror servicii de sprijin. În consecință, obiectivul principal al acestor servicii ar trebui să fie întotdeauna promovarea bunăstării lor optime

- atât fizice, cât și psihice - cu posibilitatea de a-și atinge potențialul maxim în relații bune cu cei importanți pentru ei. Publicul țintă al acestei lucrări sunt cercetătorii și clinicienii din diverse profesii, care întâlnesc sau pot întâlni adulți neurodiverși ca parte a rolurilor lor respective. Suntem convinși că întâlnirea terapeutică a unui individ autist diferă de cea a unui individ neurotipic și, ca atare, necesită o discuție separată, aprofundată. În conformitate cu limitările proiectului, o persoană autistă este desemnată aici ca un adult autist fără dizabilitate intelectuală concomitentă (aka dizabilitate de învățare, LD). Problemele terapiei psihologice cu adulții autiști cu LD concomitent sunt suficient de relevante și semnificative pentru a justifica un proiect separat, urmat de un articol separat sau chiar de o carte. Fiind conștienți de necesitatea unor astfel de recomandări, este intenția noastră să le dezvoltăm ca parte a unor proiecte ulterioare de inovare socială.

răspuns psihosomatic puternic la stres - care sunt de obicei secundare la

Rezultate

Următoarele recomandări reprezintă suma concluziilor echipei de lucru și a celor trei grupuri de evaluatori:

- trei psihoterapeuți independenți cu experiență în lucrul cu pacienții autiști
- trei persoane autiste independente cu experiență în procesul psihoterapeutic
- trei psihoterapeuți independenți psihoterapeuți care pun în aplicare recomandările elaborate de autori în activitatea psihoterapeutică zilnică în termen de trei luni.

3.1 Obiectivele terapiei la adulții autiști

Extrem de vulnerabili și cu un profil psihosocial unic, adulții și copiii autiști pot beneficia fără îndoială de sprijin terapeutic, care ar trebui să vizeze:

- (1) identificarea propriilor caracteristici fiziologice și stările emoționale cu autoreglarea lor ulterioară,
- (2) creșterea conștiinței de sine,
- (3) înțelegerea propriilor nevoi și a propriei stări de bine și să învețe cum să le îndeplinească/ promoveze,
- (4) a face față hipersensibilităților senzoriale și
- (5) acceptarea propriei neurodiversități.

Persoanele autiste prezintă un risc ridicat de a dezvolta probleme de sănătate mintală - depresie, anxietate,

nevoile lor nefiind satisfăcute pe tot parcursul vieții, deoarece sunt expuși la niveluri ridicate de stres de la o vârstă fragedă - în educație, în relațiile cu colegii, în crizele de dezvoltare, în cariera profesională și/sau în viața de familie (dacă se alege să se întemeieze o familie). Acest lucru evidențiază nevoia urgentă și vitală de a sensibiliza și de a extinde înțelegerea aspectelor cognitive, emoționale și sociale unice ale autismului în rândul profesioniștilor (inclusiv al terapeuților) și de a-i învăța cum să sprijine în mod eficient adulții autiști. Oricare ar fi forma pe care o ia o astfel de sensibilizare, ea merită întotdeauna efortul. Raportul "Conștientizare și relații: Îmbunătățirea accesului la terapiile psihologice pentru adulții din spectrul autist", realizat de Centrul pentru Sprijinirea Relațiilor ca parte a proiectului "Generator de accesibilitate: Incubatorul de inovare socială" în cadrul Programului operațional "Cunoaștere Dezvoltarea educației", Axa prioritară IV Inovare socială și cooperare transnațională cooperare transnațională, Acțiunea 4 .1 Inovarea socială, cofinanțat de Uniunea Europeană în cadrul Fondului Social European, a fost o încercare de a umple golul în sprijinul oferit adulților autiști. Scopul proiectului a fost de a atrage o atenție deosebită asupra situației psihosociale a adulților autiști fără dificultăți de învățare și de a inspira dezbaterea și reflecția asupra calității sprijinului disponibil. Rezultatele proiectului au inclus, alături de articolul de față, o broșură educațională care conține recomandări clinice detaliate pentru profesioniștii care lucrează cu adulți autiști, precum și un videoclip instructiv care prezintă recomandările într-o manieră îmbogățită, mai dinamică (toate resursele vor fi disponibile la www.wspieraniemrelacji.pl și pot fi solicitate direct de la autori). utilizând oportunitățile proiectelor de inovare socială, resursele dezvoltate de grupul de lucru al proiectului au fost revizuite atât de experți în funcție de cunoștințe (terapeuți psihologici), cât și de experți în funcție de experiență (pacienți/clienti autiști). Acest lucru a asigurat faptul că conținutul dezvoltat era bazat pe dovezi și bine adaptat nevoilor destinatarilor săi, atât direcți (terapeuți), cât și indirecti (adulți autiști). Proiectul a fost derulat între septembrie 2020 și mai 2021.

Grupul de lucru al proiectului a elaborat o serie de recomandări pentru profesioniștii care lucrează (sau intenționează să lucreze) cu pacienți/ clienți autiști. Una dintre aceste recomandări include obiectivele terapeutice primare care pot/ar trebui să fie luate în considerare atunci când se lucrează

cu adulții autiști într-o manieră eficientă, respectuoasă și demnă. Aceste obiective pot include în special:

- Dezvoltarea sinelui, adică îmbunătățirea conștientizării, construirea identității, consolidarea stimei de sine, dezvoltarea filozofiei de acceptare și/sau afirmare a afecțiunii lor din spectrul autist, dezvoltând în același timp acceptarea (și/sau afirmarea) unicității altor persoane, promovând astfel un respect pozitiv pentru diversitatea umană.

Aceste patru elemente (conștiința de sine, o identitate de sine coerentă, o stimă de sine sănătoasă indiferent de nivelul de abilități și acceptarea neurodiversității, atât a proprie cât și a altor persoane) sunt cele mai importante obiective terapeutice atunci când se lucrează cu persoane autiste de orice vârstă - copii, adolescenți și adulți.

- Îmbunătățirea autoreglării și a abilităților de adaptare, în special în situații extrem de emotive sau în timpul unei suprasarcini senzoriale;

- Dezvoltarea alfabetizării și conștientizării emoționale (pornind de la identificarea emoțiilor pe baza simptomelor corporale) și evoluția către maturitatea emoțională;

- Dezvoltarea înțelegerii propriilor nevoi, urmată de înțelegerea nevoilor și emoțiilor celorlalți;

- Identificarea tehnicilor și activităților de relaxare (masaj, osteopatie, terapie manuală, medicație, activitate fizică - individuală sau în grup), precum și a strategiilor de autoreglare și autocalmare (stimulare, covor de acupunctură, pătură ponderată etc.);

- Dezvoltarea capacității de a menține un echilibru psihoemoțional dinamic și de a reveni la acesta după maximele/minimele pe termen scurt;

- Dezvoltarea motivației și a competenței de a construi relații, de a deveni parte a unei comunități mai largi și de a contribui pozitiv la aceasta într-un număr de moduri accesibile și reciproc avantajoase, simțind în același timp satisfacția acestei contribuții și răspunzând nevoilor emoționale ale celorlalți;

- Dezvoltarea propriilor puncte forte - explorarea intereselor și pasiunilor lor speciale, îndepărtându-se în același timp de o viziune dăunătoare și negativă a intereselor/ pasiunilor speciale ale autiștilor ca manifestări ale unei tulburări ("fixații" sau "comportamente stereotipe").

- Sprijinirea persoanelor pentru a-și identifica punctele forte și talentele și pentru a stabili obiective SMART adecvate.

- Dezvoltarea asertivității, în special în cazul celor care au fost expuși unor "intervenții terapeutice" care nu le-au luat în considerare nevoile și dreptul la autonomie (astfel de persoane sunt pacienți excepționali; uneori, un profesionist poate, de asemenea, să întâlnească un adult complet dependent de alți adulți - îngrijitorii săi - în ciuda unui potențial clar și a capacității de a trăi mai independent).

Subliniem aceste obiective specifice, deoarece au fost ignorate în multe alte intervenții propuse pentru persoanele autiste (în ciuda faptului că au un rol clar în promovarea și menținerea sănătății mintale optime) în favoarea intervențiilor axate pe eliminarea autismului sau pe repararea a ceea ce este "stricat din punct de vedere autist". Susținuți de raționamentul cercetătorilor și organizațiilor poloneze și internaționale, încurajăm schimbarea perspectivei către o viziune mai umanistă, bazată pe respectul pentru unicitatea fiecărei persoane.

Strategiile care pot ajuta la atingerea obiectivelor descrise anterior și care pot fi utilizate de profesioniști includ, în principal

- (1) o relație terapeutică bazată pe încredere și considerație pozitivă,

- (2) crearea sentimentului de siguranță pe care clientul îl consideră important, prin intermediul înțelegerii și acceptării de către terapeut, al răspunsurilor coerente ale acestuia, al atitudinii și al unui cadru stabil, previzibil.

Pentru multe persoane autiste, aceasta va include, de asemenea, aspectul terapeutului (de exemplu, coafura, culoarea părului, ținuta etc.), aspectul camerei de terapie (de asemenea, important în terapia online). Orice schimbare semnificativă poate provoca supărare, nesiguranță sau distragere a atenției, provocând dificultăți de concentrare asupra conversației propriu-zise;

- (3) continuitatea și regularitatea sesiunii (frecvența sesiunii poate fi modificată atâta timp cât sunt păstrate intervale regulate), evitând schimbările bruște, abrupte.

Majoritatea pacienților autiști preferă sesiuni mai frecvente pentru a discuta despre schimbările în curs de desfășurare la nivelul lor, al mediului lor și al relației dintre ei și mediu, mai ales dacă aceste discuții par să îi ajute în viața lor de zi cu zi. Cu toate acestea, atunci când terapia nu face parte din sistemul public de sănătate sau nu este subvenționată prin finanțare externă cu furnizorul din sectorul terțiar, constrângerile financiare vor determina probabil durata terapiei și frecvența ședințelor;

noi idei, soluții și tehnici pentru a răspunde

nevoile unui pacient ale cărui nevoi evoluează de-a lungul relației și care poate avea nevoie de activități sau provocări diferite.

Acest lucru necesită flexibilitate și creativitate, dar și capacitatea terapeuților de a învăța de la pacienții lor, motivația lor de a fi conduși de clienții lor și de a-i însoți, încurajând în același timp schimbările;

(5) oferirea de oportunități ample clientului de a testa abilitățile nou dobândite și de a le pune în practică, mai întâi în sala de terapie și apoi în viață;

(6) considerarea dezvoltării personale ca principiu general pentru tot ceea ce are loc în cadrul terapiei.

Aceasta înseamnă că, pe lângă obiectivele imediate sau pe termen scurt, ar trebui să existe unele obiective pe termen lung care să determine direcția schimbării comportamentului și personalității clienților, precum și să ofere direcția generală în activitatea lor continuă privind propria viață. Evident, clienții rămân în continuare principalii arhitecți și creatori ai lor și ai vieții lor. Terapeutul este însoțitorul lor conștient, asumându-și uneori rolul de ghid sau sfătuitor, dar fără a face niciodată alegeri/decizii pentru o persoană.

Concluzii

Conștientizarea crescândă a neurodiversității în societate creează nevoia de a fi atât atenți într-un cadru de diagnosticare, cât și conștienți de potențialele provocări într-un cadru terapeutic atunci când lucrăm cu persoanele autiste. Psihoterapia pozitivă (PPT după Peseschkian, din 1977), datorită naturii sale umanist-psiho-dinamice și unei reflecții profunde asupra dinamicii transculturale (Dobiála & Winkler, 2016), este una dintre abordările promițătoare în terapia psihologică pentru persoanele autiste (Dobiála, 2020). Rămânem conștienți de necesitatea unor cercetări și publicații suplimentare care să permită o dezbatere și o reflecție asupra specificității neurodiverse în diferite aspecte ale terapiei psihologice pentru persoanele autiste, inclusiv asupra pactului terapeutic, relație și proces.

De asemenea, trebuie remarcat faptul că a fi un adult autist nu este o afecțiune care necesită o intervenție psihologică sau psihiatrică urgentă în sine, deoarece autismul în sine nu este o afecțiune care să fie tratată sau rezolvată. Cu toate acestea, terapia psihologică, în special pentru cei care au crescut într-un mediu care nu le îmbrățișează neurodiversitatea și nu le promovează autonomia și independența, se poate dovedi un motor important și puternic pentru o schimbare înțeleasă ca dezvoltarea unui mediu bun, sănătos

viața autistă. Această lucrare este unul dintre rezultatele proiectului "Awareness and Relationships: Improving Access to Psychological Therapies for Adults on the Autism Spectrum", proiect derulat de Centrul pentru Sprijinirea Relațiilor în cadrul proiectului "Generator de accesibilitate: Incubatorul de inovare socială" în cadrul Programului Operațional "Dezvoltarea cunoașterii și educației", Axa prioritară IV Inovare socială și cooperare transnațională, Acțiunea 4.1 Inovare socială, cofinanțat de Uniunea Europeană prin Fondul Social European. În calitate de membri ai echipei de proiect, sperăm că conținutul acestei publicații, al broșurii și al videoclipului instructiv, care vizează schimbarea percepției asupra autismului și îmbunătățirea calității și relevanței serviciilor de sprijin pentru a permite dezvoltarea cuprinzătoare și holistică a persoanelor autiste, va inspira reflecția, promovând o înțelegere actualizată și îmbunătățită a autismului de către cercetători și practicieni care lucrează cu adulți autiști.

Referințe

- [1] După ce FDA a interzis Centrului Judge Rotenberg să utilizeze dispozitive cu șocuri electrice, apărătorii cer scuze publice și reparații. *MassLifemediasource*. URL: <https://www.masslive.com/news/2020/03/after-fda-bans-judge-rotenberg-center-from-using-electric-shock-devices-advocates-look-for-public-apology-reparations.html> [accesat: 14.03.2021]
- [2] Site-ul oficial al Comitetului Național pentru Autism AutCom. URL: <https://www.autcom.org/about.html> [accesat: 14.03.2021]
- [3] **BARON-COHEN, S.** (2020). The Concept of Neurodiversity is dividing-theAutismCommunity . URL: <https://blogs.scientificamerican.com/observations/the-concept-of-neurodiversity-is-dividing-the-autism-community/> [accesat: 14.03.2021]
- [4] **BEE, H.** (2004). *Psychologia rozwoju człowieka* [Psihologia dezvoltării umane]. Poznań: Zysk i Spółka.
- [5] **BOKSZAŃSKI, Z.** (2005). *Tożsamości zbiorowe* [Identități colective]. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 40 p.
- [6] **BRAUNER, A., BRAUNER, F.** (1988). *Dziecko zagubione w rzeczywistości. Historia autyzmu od czasów baśni o wróżkach. Fikcja literacka i rzeczywistość kliniczna* [Un copil pierdut în realitate. O istorie a autismului de la basm încoace. Ficțiune literară și realitate clinică], 1st ed. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne,.
- [7] **BROWN, L.** Identity-First Language. *Autistic self advocacy network*. URL: <https://autisticadvocacy.org/about-identity-first-language/> [accesat: 14.03.2021]
- [8] **BRUGHA, T., et al.** (2007). *Tulburările din spectrul autismului la adulții care trăiesc în gospodăria din întreaga Anglie: raport din ancheta privind morbiditatea psihiatrică a adulților*, Centrul de informare NHS pentru sănătate și asistență socială, Leeds, URL:

- www.ic.nhs.uk/asdpsychiatricmorbidity07 [accesat: 14.03.2021].
- [9] **BRZEZIŃSKA, A.** (2000). *Spółeczna psychologia rozwoju* [Psihologia socială a dezvoltării]. Warszawa: Editura științifică Scholar.
- [10] **BRZEZIŃSKA, A. I., APPELT, K., ZIÓŁKOWSKA, B.** (2015). *Psychologia rozwoju człowieka* [Psihologia dezvoltării umane]. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP.
- [11] **BRZEZIŃSKA, A., SYSKA, W.** (2016). *Ścieżki wkraczania w dorosłość* [Paths of entering adulthood]. Poznań: Editura Uniwersității Adam Mickiewicz.
- [12] **BUDZIŃSKA, A.** (2020). *Skuteczna terapia dziecka z autyzmem* [Terapie eficiente pentru un copil cu autism]. Sopot: GWP.
- [13] **CZABAŁA, CZ., KLUCZYŃSKA, S.** (2020). *Poradnictwo psychologiczne* [Consiliere psihologică]. Warszawa: PWN.
- [14] **DOBIAŁA, E.** (2020). *Psihoterapia pozytywna de grup*, în: Messias, E., Peseschkian, H. & Cagande, C. (eds.), Psihiatrie, psihoterapie și psihologie pozitivă: Aplicații clinice. DOI: [10.1007/978-3-030-33264-8_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-33264-8_2)
- [15] **DOBIAŁA, E., WINKLER, P.** (2016). Psihoterapia pozitivă conform lui Seligman și psihoterapia pozitivă conform lui Peseschkian: O comparație. *The International Journal of Psychotherapy*, 20(3):5-13.
- [16] **GIDDENS, A.** (2012). *Nowoczesność i tożsamość. "Ja" i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności* [Modernitate și identitate. "Eu" și societatea în epoca modernă târzie]. Tradus de: A. Szulżycka. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN. 16 p.
- [17] **GREENSPAN, S., WIDER, S.** (2014). *Dotrzeć do dziecka z autyzmem. Jak pomóc dzieciom nawiązywać relacje, komunikować się i myśleć* [Reach a child with autism. Cum să îi ajutăm pe copii să relaționeze, să comunice și să gândească]. Cracovia: Editura Universității Jagiellonian.
- [18] **HIRVIKOSKI, M., BLOMQUIST, M.** (2015). Stres ridicat auto-perceput și coping slab la adulții capabili intelectual cu tulburare de spectru autist, *Autism*, 19(6): 752-757
- [19] **HODGES, H., FEALCO, C., SOARES, N.** (2020). Tulburarea de spectru autist: definiție, epidemiologie, cauze și evaluare clinică, *Translational paediatrics*, 9(1): 55-65
- [20] **HVIID, A., HANSEN, J.V., FRISCH, M., et al.** (2019). Vaccinarea împotriva rujeolei, oreionului, rubeolei și autismului un studiu de cohortă la nivel național, *Annals of Internal Medicine*, 170: 513-520
- [21] **KIRKHAM, P.** (2017). Linia dintre intervenție și abuz - autismul și analiza comportamentală aplicată, *History of the Human Sciences*, 30(2): 107-126.
- [22] **KOJDER-DEMSKA, K.** (2020). *Bohynie, dziwożony, mamuny, czyli skąd się biorą niepełnosprawne dzieci* [Bohynie, gobline, mame, sau de unde provin copiii cu handicap]. URL: https://www.academia.edu/35760453/Kaja_Kojder_Demska_Bohynie_dziwo%C5%BCony_mamuny_czyli_sk%C4%85d_si%C4%99_bior%C4%85_niepe%C5%82nosprawne_dzieci, p. 4 [accesat: 14.03.2021]
- [23] **KRAUZE, A.** (2010). Niepełnosprawność - Inny w paradygmacie humanistycznym [Dizabilitatea - diferită în paradigma umanistă], *Niepełnosprawność*, 4: 118.
- [24] **MOURIDSEN, S., BRONNUM-HANSEN, H., ISAGER, T.** (2008). Mortalitatea și cauzele decesului în tulburările din spectrul autist: o actualizare, *Autism*, 12(4):403-414, DOI: [10.1177/1362361308091653](https://doi.org/10.1177/1362361308091653)
- [25] **OLEŚ, P.** (2015). *Psychologia człowieka dorosłego. Ciągłość, zmiana, integracja* [Psihologia adulților. Continuitate, schimbare, integrare]. Warszawa: PWN.
- [26] **PAWLIK, S.** (2015). *Ruch autystycznych samorzeczników - źródła, historia, współczesność, polskie doświadczenia* [The movement of autistic self-advocates - sources, history, contemporary times, Polish experiences]. în: Siemionow J., Śpica, P., Historyczne i współczesne konteksty badań nad edukacją. Studia teoretyczne i analizy empiryczne z okazji jubileuszu sześćdziesięciolecia pedagogiki gdańskiej (1958-2018). Toruń: Editura Adam Marszałek. 612 p.
- [27] **RACŁAW, M., TRAWKOWSKA, D.** (2017). Pytania o rzecznictwo wobec niepełnosprawnych i problemu niepełnosprawności - koncepcje i działania w perspektywie interdyscyplinarnej [Questions about advocacy towards the disabled and the problem of disability - concepts and activities in an interdisciplinary perspective]. *The Central European Journal of Social Sciences and Humanities*, 60: 13-32.
- [28] **RISCH, N., HOFFMANN, T.J., ANDERSON, M., et al.** (2014). Recurența familială a tulburării de spectru autist: Evaluarea contribuțiilor genetice și de mediu. *American Journal of Psychiatry*, 171:1206-1213
- [29] **RUZZO, E.K., PEREZ-CANO, J.Y., JUNG, J.Y., et al.** (2019) Riscul genetic moștenit și de novo pentru autism afectează rețelele comune. *Cell*, 178: 850-866.
- [30] **RYNKIEWICZ, A., JANAS-KOZIK, M., SŁOPIEŃ, A.** (2019). Fete și femei cu autism, *Psychiatria Polska*, 53(4): 737-752. DOI: [10.12740/PP/OnlineFirst/95098](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/95098).
- [31] **SANDIN, S., LICHTENSTEIN, P., KUJA-HALKOLA, R., et al.** (2014). Riscul familial de autism, 2014, *JAMA*, 311:1770-1777.
- [32] **SINCLAR, J.** (2005). Autism Network International: dezvoltarea unei comunități și a culturii sale. *Autism Network International*. URL: https://www.autreat.com/History_of_ANI.html [accesat la: 30.08.2020]
- [33] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (2017). Autystyczny wzorzec funkcjonowania w kontekście zasobów osobistych. Badania eksploracyjne dorosłych w nieklinicznej próbie, în: *Lucrările conferinței* [Autistic pattern of functioning in the context of personal resources. Studii exploratorii la adulți în cadrul unui studiu non-clinic, în: *Conference proceedings*]: *Quaere 2017 Interdisciplinary Scientific Conference for PhD students and assistants*, Magnanimitas Association, Hradec Králové, pp. 689-698.
- [34] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (2017). Prezența unui model autist de funcționare într-o populație tipică. Există relații cu sexul și vârsta, precum și cu fericirea și satisfacția vieții? în: *Lucrările conferinței: Sapere Aude 2017. Scope of Pedagogy and Psychology*, Magnanimitas Association, European Academics, Hradec Kralove, pp. 289- 299.

- [35] **STEFAŃSKA-KLAR, R.** (în tipar). *Poradnictwo psychologiczne dla dorosłych ze spektrum autyzmu. Zarys problematyki* [Consiliere psihologică pentru adulți pe spectrul autismului. Schița problemei] (Text tipărit).
- [36] **VAN ROSMALEN, L., VAN DER VEER, R., VAN DER HORST, F.C.P.** (2020). Natura iubirii: Harlow, Bowlby și Bettelheim despre mamele fără afecțiune, *History of Psychiatry*, 31(2):227-231. DOI: [10.1177/0957154X19898997](https://doi.org/10.1177/0957154X19898997).
- [37] **VEENSTRA-VANDEWEELE, J., CHRISTIAN, S.L., COOK, E.H. Jr** (2004). Autismul ca tulburare genetică complexă paradigmatică, *Annual Review of Genomics and Human Genetics*, 5:379-405. DOI: [10.1146/annurev.genom.5.061903.180050](https://doi.org/10.1146/annurev.genom.5.061903.180050).
- [38] **WANG, C., LIU, W., ZHANG, G.** (2017). Factori prenatali, perinatali și postnatali asociați cu autismul: O meta-analiză. *Medicină*, 96(18): 1-7.
- [39] **Organizația Mondială a Sănătății** (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice* (Summary Report), Organizația Mondială a Sănătății, Geneva.

Recunoștințe

Autorii mulțumesc Karolinei Kalisz pentru ajutorul acordat în traducerea manuscrisului.

Contribuții ale autorilor

Ewa Dobiała - coordonator al lucrărilor la un articol științific, membru al echipei de lucru a proiectului, autor al unui rezumat, al subsecțiunii nr. 1.2., coautor al subsecțiunilor nr. 2, 3 și 4, în plus, corectarea substanțială și consolidarea fragmentelor individuale ale textului.

Renata Stefańska-Klar - membru al echipei de lucru, autor al subcapitolelor: 1.1, 1.12, 1.coautor al subsecțiunii nr. 3, în plus de o corecție substanțială și consolidarea fragmentelor individuale ale textului.

Aleksandra Rumińska - membră a echipei de lucru, autoare a subsecțiunii 1.4, coautoare a subsecțiunii nr. 3, în plus de corectarea substanțială a textului;

Paulina Gołaska-Ciesielska - manager de proiect, autor al secțiunii 1. și 2. , coautor al subsecțiunii nr. 3 și 4, în plus de o corecție substanțială și consolidarea fragmentelor individuale ale textului.

Maciej Duras - membru al echipei de lucru a proiectului, corectarea textului.

Weronika Janiak - membru al echipei de lucru a proiectului, corectarea textului.

Interese concurente

Acest articol a fost scris ca parte a proiectului "Awareness and Relationships. Îmbunătățirea accesului la terapiile psihologice pentru adulții din spectrul autist", proiect derulat de Centrul pentru Sprijinirea Relațiilor ca parte a proiectului "Generator de accesibilitate: Incubatorul de inovare socială în cadrul Programului Operațional "Dezvoltarea cunoașterii și educației", Axa prioritară IV Inovare socială și cooperare transnațională, Acțiunea 4.1 Inovare socială, cofinanțat de Uniunea Europeană prin Fondul Social European.

ГРУППОВЫЕ ФОРМЫ РАБОТЫ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ И ОТНОШЕНИЕ К ПАЦИЕНТУ

GRUPUL TERAPEUTIC ÎN SPITALELE DE PSIHIATRIE ȘI ATITUDINEA FAȚĂ DE PACIENT



Владимир Перебейносов

Vladimir Perebeynosov

Psiholog clinician, consultant de bază al PPT

Psiholog cu practică privată (Blagoveshchensk, Rusia)

E-mail: vladimir.amursu@gmail.com

Primit 19.04.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Аннотация

Ирвин Ялом называл психотерапевтические группы "социальным микрокосмом" (Ялом, 2007). Группы психологической поддержки и закрытые психотерапевтические группы особенно важны для пациентов психиатрических учреждений. В статье обосновывается ценность групповой работы в психиатрических учреждениях; описываются основные формы группового взаимодействия; разбираются особенности взаимодействия с пациентами в российских психиатрических стационарах. Предлагаемая концепция помощи и работы с пациентами основана на идеях Позитивной и Транскультуральной Психотерапии Носсрата Пезешкиана. Цель этой статьи: актуализировать для специалистов помогающих профессий важность групповых форм работы с пациентами.

Ключевые слова: групповая психотерапия, медицинская психология, психиатрия, социализация, Позитивная Психотерапия

Rezumat

Irwin Yalom a numit grupurile de psihoterapie un "microcosmos social" (Yalom, 2007). Grupurile de sprijin psihologic și grupurile închise de psihoterapie sunt deosebit de importante pentru pacienții din instituțiile psihiatrice. Articolul fundamentează valoarea muncii de grup în instituțiile psihiatrice; descrie principalele forme de interacțiune de grup; analizează caracteristicile interacțiunii cu pacienții din spitalele psihiatrice din Rusia. Conceptul propus de îngrijire și lucru cu pacienții se bazează pe ideile psihoterapiei pozitive și transculturale de Nossrat Peseschian. Scopul acestui articol este de a actualiza importanța formelor de lucru în grup cu pacienții pentru specialiștii profesiilor ajutătoare.

Cuvinte cheie: psihoterapie de grup, psihologie medicală, psihiatrie, socializare, psihoterapie pozitivă.

Вступление

Актуальность данной темы обусловлена растущим интересом общества к психологическим формам работы с пациентами психиатрических учреждений.

Психоневрологические стационары повышают количество рабочих мест для медицинских психологов, а также, увеличивается количество специалистов, проходящих обучение в психотерапевтических методах. На момент написания статьи, в условиях пандемии, в большинстве медицинских учреждений запрещены посещения пациентов; что оставляет людей в ещё большей изоляции без непосредственной поддержки близких людей. Исходя из этого, повышается важность групповой работы с пациентами.

К сожалению, многим медицинским психологам приходится сталкиваться с отсутствием вовлеченности врачей-психиатров, заведующих отделений, среднего и младшего медицинского персонала к глубокому сотрудничеству. По мнению автора, это связано с отсутствием заинтересованности и понимания ценности внутреннего мира пациентов. Зачастую, процесс лечения сводится лишь к купированию имеющейся симптоматики; а отношение к пациентам, местами, антитерапевтично.

Методология

Написание данной статьи основывается на опыте работы в психиатрическом учреждении и изучении опыта европейских стран. В статье "Реформирование психиатрической службы. Опыт США и Европы" (Цыганок, 2007) обзревается и анализируется опыт психиатрического движения в странах Европы и США. В статье было проведено подробное изучение предписаний ВОЗ, касающихся психиатрической помощи.

Анализ теоретического и исторического материала до и после реформ, введенных французским врачом Филиппом Пинелем, позволяет проследить важность гуманного и гибкого подхода к лечению пациентов.

Анализ и теоретическая разработка эффективного способа помощи пациентам внутри стационаров были основаны на наблюдении,

собственном опыте работы в психоневрологическом стационаре и взаимодействии со специалистами различного профиля. Большое внимание уделялось идеям Позитивной и Транскультуральной Психотерапии. Труды Ирвина Ялома и его художественное описание процесса психотерапевтической работы, также, внесли большой вклад в написание данной статьи.

Результаты

С точки зрения современных представлений о гуманности и лечении, изначальная цель функционирования психиатрических больниц была неверно поставлена. Первые психиатрические "лечебницы" ставили перед собой стремились "изолировать" пациента; а не "вылечить" или "помочь". Как мы помним, Филипп Пинель, французский психиатр больницы Сальпетриер, в 1795 г. принимает решения снять цепи и оковы с душевнобольных, что уже приводило некоторых пациентов к выздоровлению. Мы не можем констатировать, что к пациентам современных психиатрических больниц проявляют открытое насилие. Однако его пассивные формы, мешающие выздоровлению, в виде стигматизации, ограничении прав и свобод, изоляции, грубости в российской психиатрической практике встречаются повсеместно.

Высокие нагрузки на медицинский персонал, жёсткие протоколы, нехватка кадров усугубляют незаинтересованность медицинского персонала к внутреннему миру пациентов.

Как следствие незаинтересованности, появляется привычка "клеймить". То есть пытаться подогнать состояние человека под определённые рамки, четко и понятно описывающие происходящее с ним. В какой-то мере это помогает врачам и учреждению, поскольку упрощает документацию и фармакотерапию. Однако, не приносит пользы самим пациентам. У врачей встречаются диагнозы, основанные на быстрой диагностике, - что особенно часто наблюдается на врачебных комиссиях (т.н. гипердиагностика). У психологов - это попытка "вставить" человека в определенные шаблоны, якобы описывающие то, как устроен внутренний мир того или иного пациента, например: "истеричный", "эпилептоид", "шизоид", "демонстративный", "нарциссичный" и т.д. Однако, использование данных понятий, с точки зрения

пользы для пациента, практически не имеет смысла без вовлеченности во внутренний мир и интереса к индивидуальности каждой отдельной личности.

По вышеперечисленным причинам, пациенты и их родственники, за последние годы, повышают внимание именно к негосударственным учреждениям психиатрической помощи. По статистике частной психиатрической клиники "Клиника Роса", темп роста обращаемости пациентов с психическими расстройствами в негосударственную психиатрическую службу г. Москвы ежегодно возрастает, увеличиваясь за последние 7 лет в среднем на 20% в год (на 24%, 81%, 28%, 4%, 7%, 20%, соответственно) (Филашихин и Аведисова, 2010).

Неоспоримой является важность повышения уровня образования среди врачей, а также младшего и среднего медицинского персонала. В особенности это касается изучения психологических аспектов психических больных. По мнению автора, очень важна организация помощи медицинскому персоналу в понимании собственного стиля взаимодействия с пациентами; возможности получения своевременной психологической помощи и профилактики эмоционального выгорания.

3.1 Подходы к оказанию психиатрической помощи

Подходы к оказанию психиатрической помощи в разных странах Европы различаются, однако не слишком критично. Все европейские государства следуют предписаниям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Соответственно, можно проследить общие направления развития (Колпакова и Тарасова, 2019).

1. *Деинституционализация.* Подразумевает закрытие государственных психиатрических больниц или уменьшение их стационарных отделений, путем сокращения количества койко-мест и финансирования. Такой подход позволяет частному сектору и неправительственным организациям (НПО) создавать учреждения интернатного типа, где лечение проходит в более домашней обстановке и атмосфере.

2. *Децентрализация оказания психиатрической помощи.* Означает перевод стационарных отделений для душевнобольных из специализированных больниц в общегородские. Эта политика, прежде всего, направлена на включение

психиатрии в общую систему здравоохранения, интеграцию психического здоровья с первичной медицинской помощью, развитие учреждений интернатного типа.

3. *Рост заботы со стороны сообщества (îngrijire comunitară).* Этот подход призывает делегировать часть полномочий по оказанию помощи на социальные группы и организации, находящиеся в зоне проживания душевнобольного. К ним могут относиться сообщества пациентов или их родственников, а также НПО.

4. *Увеличение внимания к немедикаментозной терапии.* Психотерапией стали заниматься не только врачи-психиатры, но и другие специалисты. В том числе, немедицинского профиля.

5. *Проведение законодательных реформ для обеспечения гражданских прав пациентов.* То есть формирование правовой основы политики в области психического здоровья. В частности, в задачи входят: регулирование принудительной госпитализации, предоставление адекватных условий лечения, борьба за свободные от дискриминации рабочие места и образование, развитие социальной поддержки, обеспечение права на неприкосновенность частной и семейной жизни.

6. *Дестигматизация.* Психические больные подвергаются сильной стигматизации, что приводит к потере социального статуса, дискриминации, безработице, изоляции, сокращению жизненных возможностей. Для уменьшения негативных последствий, в рамках работы по развитию заботы со стороны сообществ, создаются программы и стратегии по снижению стигмы и изменению стереотипов, ассоциирующихся с психиатрией.

7. *Ориентация на повышение качества жизни пациентов.* Со временем этот принцип стал важной концепцией современной модели медицинской помощи. На первый план, вышли психологическое и физическое благополучие и социальное участие, а не просто уменьшение симптомов или выживание.

8. *Вовлечение членов семьи и близких людей в процесс лечения пациентов.* Важно, что вместе с вовлечением, рядом идет осознание бремени, которое ложится на плечи заботящихся родственников. Им, также, стараются обеспечить поддержку.

В российской практике стремятся следовать Европейскому видению и предписаниям ВОЗ.

Однако данные предписания, зачастую, являются формальными. Изменения, которые внедряются в действующие системы, проходят без должного обучения специалистов. Помимо этого, существует проблема отдаленных регионов, которые тоже должны попадать под влияние изменений, но зачастую, остаются без должного внимания.

"Закон, прежде всего, заботится об уменьшении негативных последствий для государства - имеется в виду сокращение случаев инвалидности и нетрудоспособности, преступности, непригодности к военной службе и т.п." (Колпакова и Тарасова, 2019) Права пациентов, в основном, учитываются в нормативных документах о стационарном лечении, а вот что же происходит с людьми за пределами и внутри больницы - зачастую противоречит изначальным целям созданных предписаний.

3.2 Ценность групповой работы с пациентами в психиатрических стационарах

Анализируя собственный опыт работы в психоневрологическом стационаре, в данной статье была выведена схема наиболее эффективного взаимодействия членов терапевтического процесса для помощи пациентам. Данная схема основывается на единстве специалистов помогающих профессий между собой, с больным и с его близким окружением.

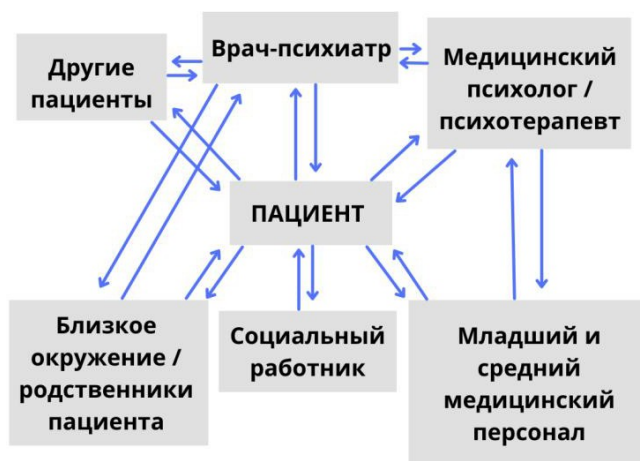


Рис. 1. Эффективное взаимодействие персонала и пациентов в медицинских учреждениях

Как видно из схемы (рис. 1), практически все элементы системы должны взаимодействовать друг

с другом для комплексной и полноценной помощи пациенту. К сожалению, в российских реалиях медицинских учреждений наблюдается отсутствие подобного взаимодействия. Звенья помощи либо разобщены друг с другом, либо медицинский персонал, а особенно врач и психолог, говорят "на разных языках".

Также, как видно из предложенной схемы, достаточно значимым элементом является взаимодействие пациентов между собой. Именно поэтому, одними из самых важных и эффективных форм лечения, являются психотерапевтические группы.

В психиатрических учреждениях, психологу приходится собирать психотерапевтические группы "из того, что есть". Учитывая различный срок нахождения в стационаре, диагнозы, стадии, состояние больного - приходится приспосабливать группу к тем пациентам, которые уже находятся на стационарном лечении.

По наблюдениям автора, нахождение в атмосфере принятия и поддержки - это основной фактор улучшения самочувствия "здесь и сейчас" среди пациентов стационара. Но, к сожалению, приходится сталкиваться с тем, что практически любые эмоциональные проявления пациентов, будь то плач или раздражение, стремление к конфронтации, настойчивость в отстаивании собственных интересов - воспринимаются медицинским персоналом как "ненормальные". Будто непослушание, даже то, которое никак не вредит благополучию самого пациента и людей его окружающих, нужно срочно лечить. Дается посыл:

"тебе нельзя проявляться и быть самим собой - ты патологичен". Бывает так, что слова или действия пациентов принимаются медицинским персоналом "на свой счет", что влечет за собой злоупотребление властью. А зачастую, сами действия медицинского персонала провоцируют у пациентов различные эмоциональные и поведенческие реакции.

В качестве выхода из подобного рода трудностей, предлагается организация семинаров и групп психологической подготовки для медицинского персонала по развитию понимания важности гуманного отношения к пациентам и создания атмосферы заботы и принятия внутри стен медицинского учреждения. Такие обучающие и психологические группы, в которых медицинский персонал мог бы понять свой способ

взаимодействия с пациентами, получить информацию и обратную связь; найти и проработать внутри себя причину, которая влияет на способ взаимодействия с пациентами и перестроить собственные формы коммуникации.

3.3 Классификация групп в условиях стационара

Как известно, по составу участников группы могут быть:

- Гомогенные. То есть, собранные по каким-либо признакам (пол, возраст, диагноз, запрос и т.д.)

- Гетерогенные. Группа, в которой встречаются различные вышеперечисленные признаки.

Предлагается выделить две основные используемые формы работы с пациентами психиатрического стационара:

1. *Группы психологической поддержки.* Могут быть использованы для пациентов, чей период нахождения в стационаре менее двух месяцев. То есть тот период, которого недостаточно для развития постепенного близкого и стабильного контакта с другими участниками группы. Данные группы могут создаваться и на более длительный срок, для создания атмосферы групповой поддержки и сопровождения пациентов на весь период лечения.

Самое главное, что формируется в группах психологической поддержки, - это ощущение, что ты не один. На протяжении длительного времени приходилось наблюдать, как между несколькими десятками пациентов, находящихся в одном отделении и общих палатах, не формируется близкий контакт. Пациенты практически не общаются между собой, а при взаимодействии не позволяют говорить открыто о своих переживаниях. Открытое выражение эмоций, медицинским персоналом, чаще всего, расценивается как усиление симптомов.

Группа является отличной возможностью для пациентов приблизиться друг к другу в безопасной и принимающей атмосфере. Практически все пациенты, уже после первой встречи группы, становятся более сплоченными в отделении. К ним будто приходит понимание, что остальные пациенты здесь "такие же, как и я", то есть страдающие люди, попавшие в тяжелое положение. Пациенты начинают коммуницировать друг с другом, помогать в решении проблем в отделении

или советами в обществе. Они начинают выслушивать друг друга и делиться опытом схожих переживаний.

Так как внутриличностные конфликты формируются вследствие нарушения отношений человека с миром, а прежде всего с людьми; то я периодически привношу процесс поддерживающих групп интервенции о групповой динамике и взаимоотношениях между участниками группы. Это делается для того, чтобы наряду с получением и проявлением поддержки, пациенты имели возможность обращать внимание на способы своего взаимодействия в группе и постепенно перестраивать сложившиеся шаблоны поведения и взаимодействия.

2. *Закрытые динамические группы.* Собрать в условиях стационара полноценную динамическую группу, в которой пациенты были бы мотивированы, могли просить о помощи, были бы критичны к своему состоянию, имели примерно одинаковый срок нахождения в стационаре - очень сложно. Но при удаче собрать такую группу, взаимодействие получается очень и очень продуктивным.

3.4 Факторы эффективности стационарных терапевтических групп

Выделим несколько факторов большой эффективности динамических и поддерживающих групп в условиях стационара:

а) *Уровень критических переживаний.* Согласно постулату позитивной психотерапии о развитии первичных актуальных способностей, они могут развиваться двумя основными способами: через пример или через отчаяние (через прикосновение к пиковым переживаниям). Как правило, пациенты, которые по своим способностям, могут допускаться к участию в динамической группе - это люди, дошедшие до очень острого уровня переживаний (вследствие чего они и попали в психиатрическое учреждение) и при этом способные постепенно к этому прикасаться. Пациенты, например, с психотическими эпизодами или тяжелыми депрессиями проходят через отчаяние. Одновременно с этим участвуют в группе, получая пример людей и отношений, через которые можно более полноценно развивать в себе недостающие способности. Именно это и является очень большим движущим механизмом развития. Есть вероятность,

что в стационарной динамической группе будут задействованы оба способа развития актуальных способностей.

б) *Наличие времени.* Как известно, для рефлексии и контакта с собой нужно достаточно много временного ресурса. Подразумевается время на обдумывание, проживание, нахождение со своими чувствами и эмоциями, чему потенциально способно научить откровенное групповое взаимодействие.

в) *Ощущение, что "Я не один".* Пациентка, после своего первого группового занятия по арт-терапии, на индивидуальной сессии сказала, что она и не подозревала что переживают и думают другие пациенты. Хотя, ей всегда хотелось об этом узнать.

г) *Купирование продуктивной симптоматики лекарствами.* Обеспечение медицинскими препаратами и контроль их приема позволяет человеку, прикасающемуся к тяжелым переживаниям, оставаться в контакте с самой собой. Однако, зачастую, лекарственные препараты мешают разговорной психотерапевтической работе.

Одна из основных причин, по которой специалистам не удается собрать психотерапевтические группы в условиях стационара, является постановка чрезмерного акцента на критериях отбора в группу. Очень интересными выдаются критерии Ирвина Ялома для работы со стационарными больными, описанные в книге "Теория и практика групповой психотерапии" (Ялом, 2007):

1. Способность говорить.
2. Способность удерживать свое внимание на протяжении 80 минут.
3. Признание своей потребности в помощи.

Очевидно, критерии достаточно просты. Отбирая участников для стационарных групп и руководствуясь данными критериями, взаимодействие было действительно продуктивным. Ирвин Ялом не делает акцента на диагнозе. Например, во многих источниках говорят о том, что не нужно брать в группу пациентов с диагнозом "умственная отсталость" (или "расстройство интеллектуального развития" по МКБ-11). В наших группах были случаи, когда пациенты с расстройством интеллектуального развития сами проявляли желание присоединиться к группе и вносили вклад в процесс групповой работы. Однако, с такими пациентами также были и

трудности, которые приводили к острым групповым конфликтам. Поэтому, каждый случай и каждого пациента, с точки зрения его возможности находиться в группе, необходимо рассматривать индивидуально.

Недостаток теплоты, заботы и поддержки со стороны медицинского персонала блокирует способность к контакту у пациентов, вследствие ощущения недоверия. Группа, здесь, является тем "спасающим" для пациентов местом, в котором есть возможность ощущать, проявлять и развивать Доверие. Также, в группе большой акцент делается на Надежде. Так как учитывая тяжесть состояния больных, Надежда является важным звеном в процессе помощи. Пациентам, находящимся в отчаянии, бывает очень полезно понять причины, которые привели к тому, что происходит в жизни на данный момент. Понимание причин дает возможность сделать выбор. "Нами управляет то, что мы не осознаем". Дает возможность проанализировать и сделать шаг в другом направлении; что добавляет Надежды на изменения в будущем. Также, группа отлично развивает Контакт и Открытость. А как известно, одна из основных причин формирования психопатологии и фактор, сильно усугубляющий состояние - это неспособность пациента к выражению чувств и их блокирование. Принятие, также, является одной из важнейших способностей, развивающихся в отношениях в группе.

Как видно из выделенных выше актуальных способностей, большинство из них - это первичные способности. Акцент сделан именно на них, поскольку наличие психопатологии, в большинстве случаев, предполагает глубокий дефицит в структуре эмоциональных потребностей (например, в принятии). И именно в психотерапевтической группе возможно внести вклад в их развитие.

Карл Роджерс говорил о трех основных принципах взаимодействия между людьми, лежащих в основе лечения (Роджерс, 2001):

1. Безусловное принятие. Которое совпадает со способностями к принятию и терпению в позитивной психотерапии.
2. Конгруэнтность. Что схоже со способностью к открытости и доверию в позитивной психотерапии.
3. Эмпатия. Эмпатия предполагает способность к контакту.

Неоспоримые принципы Карла Роджерса подтверждают важность именно первичных актуальных способностей. Это можно сравнить с фундаментом, на котором строится лечение и адаптация пациента.

Способность к открытости, в условиях стационара, имеет первостепенную важность среди вторичных АС. Если возможно её развивать у пациентов стационара, то вероятно и освобождение множества лежащих внутри переживаний и чувств, которые и привели человека к психопатологии. Однако, очень важно соблюдать баланс вежливости и открытости, в условиях стационарного лечения. Зачастую приходилось наблюдать, как открытое выражение эмоций (например, плача) воспринималось медицинским персоналом как ухудшение состояния человека и ему лишь добавляли дозу лекарств. Поэтому, очень важно помочь человеку найти тот способ и место выражение эмоций, которое будет безопасным для самого пациента и будет давать ему чувство облегчения. Например, в психотерапевтических группах или на индивидуальных психологических сеансах.

Стоит отметить, что через развитие контакта и первичных способностей, у пациентов стационара, происходит развитие способности к Любви. Под развитием способности к любви, в данном случае, я понимаю рост теплого, принимающего и эмпатичного отношения к себе и другим.

Особенность стадий взаимодействия (слияние, дифференциация и отделение), в данном случае заключается в том, что пациентам стационара крайне сложно их отслеживать и понимать степень отношений с другими людьми. Некоторым пациентам сложно войти в стадию слияния, так как она автоматически ассоциируется у них с опасностью. Таким пациентам требуется больше времени. На стадии дифференциации может наблюдаться некоторое сопротивление к отделению; попытки зацепиться за слияние с группой. Что может выражаться в частом возникновении чувства обиды, протеста и даже усиление остроты симптомов. Важно отметить, что в условиях стационарного лечения, где в среднем срок нахождения пациентов не принудительного лечения составляет 2-6 месяцев, нужны группы психологической поддержки, нежели полноценные закрытые группы. В группах поддержки основное

взаимодействие происходит на стадии слияния; однако оно не настолько глубокое, как в закрытых динамических группах. Группа поддержки проводит человека на этапе переживания глубокого психического и эмоционального кризиса.

3.5 Примеры из практики ведения групп в условиях стационара

Предлагается кейс одной из пациенток. Елена (имя изменено). 31 год. Наблюдается с диагнозом "Параноидная шизофрения" (F20.0). Госпитализация, во время прохождения групповой психотерапии, 14-я. На индивидуальных терапевтических встречах, а также на первом групповом занятии, пациентка была отгорожена, а ее высказывания касались сверхценных идей отношения других к Елене. Всю первую группу она просидела отодвинутой от всех, в небольшом углу. На протяжении первых встреч она вела себя схожим образом, что и на индивидуальной психотерапии: говоря о себе и пытаясь показать всю тяжесть своего положения, пациентка практически полностью отгораживалась от возможности получения поддержки, заботы и теплого отношения от других участников группы. Постепенно, у участников группы начала возникать злость и желание исправить восприятие Елены. Некоторые участники открыто выразили свою критику. Постепенно, автор вносил интервенции по поводу ощущения беспомощности, возникающего в группе и вызывающего злость и желание исправить человека. А также о том, что мы периодически сами бываем в настолько тяжелом положении, что отрицаем любую возможность помощи и поддержки со стороны. Группа достаточно быстро ушла от попыток критики Елены. Участники стали больше доверять и делиться собственным опытом. Постепенно, по истечении 5-8 встреч, Елена понемногу стала доверять участникам группы. Да, она всё еще не умела принимать заботу и поддержку, но, даже несмотря на короткий промежуток времени нахождения в группе, она перестала выставлять жесткие стены в ответ на теплую обратную связь. Вместо этого она начинала смеяться и пытаться перевести тему. Но она перестала реагировать враждебностью на желание другим ей помочь.

Столкновение между глубокой потребностью в помощи и поддержке, вместе со стойкой убежденностью в невозможности получить это для себя создает внутриличностный конфликт, в котором актуальные способности к открытости, доверию, принятию, контакту могут быть развиты во взаимодействии в психотерапевтической группе. Постепенно, приводя к возможности сближения с другими и формированию эмоционально значимых отношений.

Другая пациентка настолько полюбила группы поддержки, что ходила в них на протяжении всего срока принудительного лечения (1,5 года). Каждую встречу она ждала с нетерпением, говоря о том, что это единственное, что приносит ей помощь, интерес, чувство общности во время нахождения в стационаре. Она с глубоким интересом анализировала себя, собственное прошлое, слушала опыт других пациентов и делилась собственным.

Был опыт, когда пациенты, устанавливающие близкий доверительный контакт на групповой психотерапии, продолжали поддерживать друг друга вне стен больницы, обмениваясь личными контактами и помогая решать возникающие социальные проблемы.



Рис. 2. Основные актуальные способности, развивающиеся в стационарной групповой психотерапии и группах психологической поддержки

Как видно из схемы (рис. 2), способность и потребность в контакте размещена в центре, как самая значимая и необходимая во время нахождения на стационарном лечении. Именно близкий открытый контакт с другими пациентами и специалистами, способен развить те актуальные способности, которые помогут пациенту повысить его реабилитационный потенциал.

Заключение

1. В российской психиатрической практике необходим кардинальный пересмотр как целей функционирования психиатрических учреждений, так и их условий. Важно, чтобы основной целью была не изоляция пациентов, а помощь им, переход к более гуманному отношению. А условия должны удовлетворять потребности пациента в заботе, в теплом отношении, в надежде и помощи.

2. Психологическая служба психиатрических учреждений, в первую очередь, должна дать человеку возможность выстраивать новый способ отношений с окружающими людьми и самим собой: через индивидуальную и групповую психотерапию пациентов, заинтересованное взаимодействие с врачами и родственниками. Это развивает способности человека к дальнейшей социализации, адаптации и интеграции в общество.

3. Для многих пациентов стационарного лечения, особенно в период пандемии и изоляции, важны групповые формы работы соблюдением необходимых защитных мер.

Таким образом, ведение групповой работы с пациентами, с точки зрения метода Позитивной и Транскультуральной Психотерапии, позволяет достаточно комплексно и осознанно подойти к руководству группой. В стационарных условиях есть возможность для развития как первичных, так и вторичных актуальных способностей. Позитивная концепция человека позволяет разглядеть в каждом пациенте его ресурсы и способности.

Список использованных источников

- [1] КОЛПАКОВА, С., ТАРАСОВА, А. [KOLPAKOVA, S., TARASOVA, A.] (2019). *От цепей до арт-терапии. Эволюция психиатрической помощи* [From Chains to Art Therapy. The Evolution of Mental Health Care]. Научно-образовательный портал IQ, Международный центр экономики, управления и политики в области здоровья НИУ ВШЭ. URL: <https://iq.hse.ru/news/303803375.h.html> (accessat: 20.03.2021)
- [2] ПЕЗЕШКИАН, Н (2006). *Психосоматика и позитивная психотерапия* [Psychosomatics and positive psychotherapy], М.: Институт позитивной психотерапии.
- [3] ФИЛАШИХИН В., АВЕДИСОВА А. [FILASHIKHIN V., AVEDISOVA A] (2010). Структура обращаемости больных с психическими расстройствами в частную психиатрическую службу [Referral Structure of Patients with Mental Disorders to a Private Psychiatric Service]. *Психиатрия и психофармакотерапия. №2*, pp. 4-8.

- [4] **ЦЫГАНОК, Л. [TSYGANOK, L.]** (2007). Реформирование психиатрической службы. Опыт США И Европы [Reform of the psychiatric service. The Experience Of The USA And Europe]. Независимый *психиатрический журнал*, № 3. <http://test.npar.ru/journal/2007/3/reforming.htm> Accesat la 27 februarie 2021
- [5] **ЯЛОМ, И. [YALOM, I.]** (2007). *Теория и практика групповой психотерапии* [Theory and practice of group psychotherapy]. М.: Апрель Пресс.
- [6] **РОДЖЕС, К. [ROGRES, C.]** (2001). Становление личности. Взгляд на психотерапию [Devenirea unei persoane. O privire asupra psihoterapiei]. М.: Эксмо-Пресс.

Ограничения исследования

Пандемия коронавируса существенно затруднила возможность проведения как терапевтических групп, так и групп психологической поддержки. Однако, с другой стороны, пандемия помогла понять важность группового взаимодействия для пациентов. В период обострения инфекции, групповой работы с пациентами не проводилось, в периоды спада заболеваемости, группы были только в некоторых отделениях с очень ограниченным количеством пациентов и применением защитных мер.

PROVERBE INTERNAȚIONALE DESPRE SPERANȚĂ



Friedhelm Röder

MD, DM, psihiatru, psihoterapeut, medic senior pensionar al Vogelsbergklinik, Spitalul de reabilitare psihosomatică (Grebenhain, Germania)

E-mail: roeder@gmx.net

Primit 05.04.2021

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Rezumat

Baza pentru orice tratament este speranța. Pentru a înțelege conceptul unui pacient cu privire la viitor și pentru a stimula un proces de lărgire a orizontului pot fi utilizate proverbe despre speranță. Pentru a ajuta un terapeut să utilizeze acest instrument, a fost creată o lucrare intitulată DIN A 4 care oferă o colecție de proverbe internaționale. Sunt oferite câteva indicații practice privind modul de utilizare a hârtiei. De asemenea, hârtia poate fi utilizată ulterior de către pacient pentru a transmuta rolul din cadrul familiei dintr-o sursă de probleme într-o sursă de încurajare.

Cuvinte cheie: speranță, fantezie, proverb, transmutare, psihoterapie pozitivă

Introducere

Datorită modelului lor diferit de dezvoltare, baza emoțională și motivațională pentru fiecare tratament este speranța [Peseschkian, Aziz 2009, p. 64]. Speranța este combinația a două abilități. Pe de o parte, există abilitatea de a-și aminti bine experiențele din trecut. Pe de altă parte, există capacitatea de a imagina noi experiențe pozitive în viitor. Imaginațiile pot fi similare cu cele anterioare sau chiar total diferite.

Tratamentul este o cooperare între un terapeut și un pacient în beneficiul pacientului, urmând reguli care au sens pentru amândoi, chiar dacă ideile de bază care stau la baza acestei viziuni pot fi diferite. Ca prim pas comun, ei trebuie să vorbească despre viziunile lor despre speranță. Procedând astfel, ei încep cu partea relaxantă a situației emoționale complicate, care cauzează dorința sau nevoia de tratament. Astfel, este evitat pericolul unui început ratat al primei întâlniri. Astfel, șansele unui început pozitiv al întâlnirii cresc imediat. Iar această experiență pozitivă încurajează

imaginația unor experiențe pozitive viitoare între ei. Cu cât un pacient este mai disperat, cu atât este mai important să direcționăm atenția asupra aspectelor pozitive ale vieții. Iar a vorbi despre speranță este un subiect pe care toată lumea îl înțelege imediat. Iar speranța este un subiect față de care fiecare dintre membrii sistemului social al pacientului are o atitudine, care este în mare parte cunoscută de pacient. Astfel, terapeutul poate întreba pacientul despre conceptul său de speranță. Astfel, este posibil să se înțeleagă poziția socială a pacientului și să se descopere șansele de a o schimba.

Discuția despre speranță nu este importantă doar la începutul unei terapii, ci și în orice situație în care o criză apare sau a copleșit deja pacientul cu probleme nerezolvate. Atunci, a vorbi despre speranță este o modalitate importantă de a stabili statutul emoțional și identitatea slăbite. Și pe măsură ce tratamentul continuă, conceptele de speranță se schimbă uneori. Din acest motiv, ar putea fi util să ne întoarcem la atitudinea anterioară de speranță și să o comparăm cu rezultatul real al ultimei evoluții.

Speranța este capacitatea de a calcula cu posibilități, care nu sunt cunoscute în prezent. Deci, speranța este strâns

legate de fantezie. Pentru ca discuția despre speranță să fie mai suficientă, trebuie încurajate abilitățile de fantezie ale pacientului și ale terapeutului. În acest scop, Psihoterapia Pozitivă și Transculturală utilizează tehnica povestirii sau a proverbelor. Metoda* de a oferi pacientului o mare varietate de proverbe internaționale despre speranță este o invitație la lărgirea orizontului fanteziei [Peseschkian 1979, p. 7]. În acest scop am elaborat o lucrare în format DIN A 4 care conține proverbe despre speranță din multe locuri și culturi [Comentarii personale 2009-2013; Özcan, Seuß 2013; www.sprueche-liste.com; www.sprueche.woxikon.de; www.sprichworte-der-welt.de]. Unele dintre proverbele din această colecție pot fi schimbate cu câteva din mediul cultural al pacientului care îi sunt familiare

Aplicație

Broșură cu proverbe internaționale despre speranță:

Ce fel de speranță aveți atunci când vă confrunțați cu problemele?

"De fapt, nu este greu să ajungi în vârful unui munte. Trebuie doar să mergi destul de încet."

"Este mai bine să te poticnești în timp ce parcurgi drumuri noi decât să alergi pe loc pe drumurile pe care le cunoști."

Dar cum vă găsiți drumul și viteza?

Fără speranță, nimic nu va fi posibil.

Dar: Care speranță conduce la care scop? Prin

urmare: Ce fel de speranță aveți?

Proverbe internaționale:

Dacă speranța nu ar fi existat, nu aș mai fi în viață acum.

(Germania)

Pe de o parte, încă sper, dar pe de altă parte, încă mă îndoiesc. (Germania)

Speranța este ceva ce nu trebuie să cumperi.

(Germania) Drumul din fața ta este în întuneric? Ține minte: cortina este doar în fața ochilor tăi, dar nu în calea ta.

(Turcia)

Indiferent cât de multă zăpadă cade, aceasta nu va rămâne până la vară. (Turcia)

Când Dumnezeu închide ușa de argint, o deschide pe cea de aur. (Turcia)

Dacă nu știți cum să continuați, mai sunt încă patru soluții stânga. (Bulgaria)

Speranța este doar o vestă de înot, dar nu o barcă de salvare. (Polonia)

Speranța fără efort este ca o călătorie pe mare fără o navă. (Țara Galilor)

Cel care stăpânește speranța înaintea căruței sale, va conduce de două ori mai repede decât înainte. (Polonia)

Chiar și țărâșul speră că va redeveni verde când va veni primăvara viitoare. (Finlanda)

Speranța este ancora lumii. (Bantu)

Cu cât șopârla este mai mică, cu atât speranța ei de a deveni crocodil într-o zi este mai mare. (Abisinia)

Speranța și curajul sunt două diamante strălucitoare în coroana succesului. (India)

Dacă pierzi o speranță care a fost în zadar, vei câștiga mult. (Italia)

- Care proverb vă încurajează?
- Care este următorul pas pe care acest proverb vă încurajează să îl faceți?

Sfaturi practice:

Imprimați această broșură și dați-o pacientului.

Rugați pacientul să citească această broșură cu voce tare. De obicei, durează între două și trei minute să o citească. Acest lucru permite verificarea măsurii capacității pacientului de a citi, ceea ce poate oferi informații cu privire la starea intelectuală și descoperirea tulburărilor psihotice ale gândirii. Ascultând lectura pacientului, este posibil să se urmărească reacțiile spontane ale pacientului.

După ce pacientul a citit broșura, puteți începe să discutați cu el despre aceste proverbe.

La sfârșitul acestei ședințe terapeutice, îl puteți încuraja pe pacient să ia broșura acasă, pentru el însuși și pentru a o prezenta familiei. Astfel, îl ajutați pe pacient să își schimbe rolul acasă. De foarte multe ori, un pacient este definit de familie în principal ca o cauză a problemelor și familia speră că vizita sa la un psihiatru sau psihoterapeut va aduce eliberarea pentru el însuși și pentru ei. Dacă pacientul le prezintă această broșură, membrii familiei află imediat că sunt incluși în terapie și că vor fi și ei încurajați. Pacientul își transmută astfel rolul de cauză a necazurilor în cauză a speranței, iar pacientul poate citi manualul împreună cu membrii familiei și poate vorbi despre situația sa într-un mod nou și simplu. Discuția lor poate debloca diferite blocaje care au existat în ei și între ei.

Concluzii

Baza pentru orice tratament este speranța. Pentru a înțelege conceptul unui pacient cu privire la viitor și pentru a stimula un proces de lărgire a orizontului pot fi utilizate proverbe despre speranță.

Pe măsură ce terapia progresează, este posibil să reveniți la această colecție de proverbe și să vedeți dacă procesul de învățare a determinat pacientul să își schimbe proverbul preferat.

Pentru a ajuta un terapeut să utilizeze acest instrument, a fost creată o lucrare DIN A 4 care oferă o colecție de proverbe internaționale. Sunt oferite câteva indicații practice privind modul de utilizare a hârtiei. De asemenea, hârtia poate fi utilizată ulterior de către pacient pentru a transmuta rolul din cadrul familiei dintr-o sursă de probleme într-o sursă de încurajare.

Referințe

- [1] **ÖZCAN, C., SEUSS, R.** (2013). *Türk Atasözleri - Türkische Sprichwörter. Auswahl und Übersetzung mit Zeichnungen von Ina Seeberg* [Türk Atasözleri - proverbe turcești. Selecție și traducere cu desene de Ina Seeberg]. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 6.Auflage.
- [2] Comentarii personale de la prieteni, colegi și pacienți, 2009-2013.
- [3] **PESESCHKIAN, N.** (2016). *Poveștile orientale ca tehnici în psihoterapia pozitivă*. Author House UK. ISBN 978- 1524660871
- [4] **PESESCHKIAN, N., AZIZ, A.** (2009). *Lexikon der Positiven Psychotherapie* [Lexicon de psihoterapie pozitivă]. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
- [5] Sprichwörter aus aller Welt [Proverbe din întreaga lume]. URL: www.sprichworte-der-welt.de [accesat: 04.04.21].

ХАОС VS ПРОДВИЖЕНИЕ: КАК НЕ ИСЧЕЗНУТЬ В ИНФОРМАЦИОННОМ ПРОСТРАНСТВЕ

HAOS VS PROMOVARE: CUM SĂ NU DISPARI ÎN SPAȚIUL INFORMAȚIONAL



Оксана Фортунатова

Oksana Fortunatova

Basic Consultant of Positive Psychotherapy,

Private practice consultant (Kiev, Ucraina)

Email: oksfortt@gmail.com

Primită 24.03.21

Acceptat pentru publicare

28.06.2021 Publicat 07.07.2021

Аннотация

Данная статья посвящена тонкому и сложному вопросу конкуренции методов психотерапии, этике и стратегии их продвижения, задачам и цели популяризации метода, а также роли в этом каждого из нас, как носителей метода Позитивной Психотерапии. Целью статьи является привлечение внимания коллег к такому важному и ценному делу, как проявление себя в информационном пространстве и последствия отказа от такового.

Ключевые слова: Позитивная Психотерапия, популяризация, социальные сети, ключевой конфликт, баланс

Rezumat

Acest articol este dedicat problemei delicate și complexe a concurenței dintre metodele de psihoterapie, eticii și strategiilor de promovare a acestora, obiectivelor și scopurilor popularizării metodei, precum și rolului în acest sens al fiecăruia dintre noi ca purtători ai metodei Psihoterapiei Pozitive. Scopul articolului este de a atrage atenția colegilor asupra unei chestiuni atât de importante și valoroase precum este manifestarea în spațiul informațional și consecințele refuzului acestuia.

Keywords: Psihoterapie pozitivă, popularizare, rețele sociale, conflict cheie, echilibru.

Вступление

"Мы не добиваемся правды, мы добиваемся эффекта" - говорил апологет пропаганды, не брезговавший ни серой, ни черной информацией в деле завоевания умов. Апологета сожгли, а вот его

приемы остались, вьевшись в коллективное бессознательное настолько, что уже не воспринимаются, как нечто, противоположное правде.

Причем тут мы, мирная профессия, помогающая людям стать счастливее, успешнее, здоровее? Ответ

в нашем профессиональном пространстве, где рекламные трюки, поповые переработки сложных теорий, противостояние и информационный мусор преобладают. И не просто наводят пространство, а создают серьезное препятствие человеку в выборе способа преодоления проблемы.

Для специалиста, решившего стать психотерапевтом, вопрос какой же метод выбрать - это не только о личном совмещении с уровнем интеллекта, философией и инструментарием метода. Это еще и вопрос - насколько метод привлекателен для клиентов и уважаем в профессиональной среде.

И мы неминуемо столкнемся с качеством информационной среды. Ключевым станет, насколько она отражает реальность и дает возможность сделать объективный и свободный выбор как специалисту, так и потенциальному клиенту. Главный вопрос насколько все это зависит от каждого из нас предлагается рассмотреть предметно далее.

Процесс цифровой трансформации общества - данность, которой не избежать. И именно в мировом интернет-пространстве, социальных сетях формируется сейчас отношение к психологии, психотерапии, как инструментам исцеления и роста. Только на Facebook около сотни тематических групп, где люди пытаются найти ответы и рекомендации.

Крайне важно учитывать особенность постсоветского пространства и развивающихся стран, где психологическая просвещенность невелика, а лояльность к психотерапии еще меньше. Потому люди преимущественно обращаются к соцсетям за рецептом от душевной боли и от того, что они там прочтут, зависит очень многое.

И на сегодня большое количество ответов - это непрофессиональные рецепты от экстрасенсов, распространителей БАДов, психологов-самоучек, и воодушевленных собственной терапией клиентов. Но плотность этих рекомендаций преобладает настолько, что создает впечатление истины. Именно потому, так много людей долгие годы следуют им.

С одной стороны, эти советы не на пользу клиентам, но с другой стороны, они - хорошее поле работы с невежеством и непросвещенностью людей, отличный повод психотерапевту заявить и о возможностях метода, и о себе.

Но голос психотерапевтов слаб и не звонок, и люди вынуждены выбирать из того, что предлагается, а возложить всю ответственность за выбор на клиента опасно.

"Ослабление когнитивных процессов и переход на "детское" правополушарное мышление - результат стресса, приводящий к принятию иррациональных решений" (Сандомирский, 2005). Таким образом, сотни тысяч людей, находящихся в тяжелых жизненных обстоятельствах, просто доверятся информационному пространству.

Но является ли сегодня информационная среда сбалансированной, объективной о методах помощи в душевных страданиях? Достаточно ли мы, как представители научного метода психотерапии, проявляемся в ней? И как мы участвуем в противостоянии?

Но противостоянием "псевдоцелители VS специалисты в области психических процессов" дело не ограничивается. Специалисты не улучшают шансы клиентов на получение эффективной помощи.

Первое, что привлекает внимание неправильностью, это оспаривание психиатрами, психотерапевтами с медицинским образованием, психотерапевтами без медицинского образования и психологами прав друг друга на психологические интервенции. Обычному человеку в этом споре почти невозможно разобраться.

Таким образом, второй уровень противостояния, в которое мы втянуты, это "психотерапевт метода VS иные специалисты в области психических процессов".

Но даже там, где сталкиваются только психотерапевты, возникает не менее яркое противостояние - противостояние методов.

Давайте проследим, в какое информационное пространство вариантов попадет современный клиент, если попытается разобраться в методах психотерапии.

"Окей, Google!"

Запрос: "лучшие методы психотерапии".
Результатов: примерно 2 640 000 (0,52 сек.)

И первый выделенный фрагмент поиска категоричен: "Эффективные методы психотерапии:

- Психоанализ
- Аналитическая психология
- Когнитивно-поведенческая терапия
- Гештальт-терапия

- Экзистенциальная терапия
- Десенсибилизация и переработка движением глаз"

Среди ссылок первых двух страниц поисковой выдачи представлены эти же методы, и увы, отсутствуют упоминание о методе ППТ.

Специалисты знают, что подобные утверждения беспочвенны, а такие заявления не этичны. Но об этом не знают и не подозревают клиенты, в чьих умах прочно поселяется мысль о том, к кому же можно обращаться.

Как обычному человеку разобраться в вопросе, какой метод психотерапии эффективен, если путаница начинается на самом высшем уровне? Так, Всемирная организация здравоохранения в "Руководстве mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения", говоря о способах психологического лечения дает двусмысленный перечень. Среди приемов интервенции упоминаются несколько методов психотерапии:

"Рекомендуется: Поведенческая активация, Обучение приемам релаксации, Терапия, направленная на решение проблем, Когнитивно-поведенческая терапия, Лечение методом управления непредвиденными обстоятельствами, Семейное психологическое консультирование или психотерапия, Интерперсональная психотерапия, Психотерапия, направленная на активизацию мотивации".

Не удивительно, что страны дублируют подобные рекомендации в своих протоколах лечения. Так, например, Украина ввела Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Реакция на тяжелый стресс и расстройства адаптации, ПТСР; или Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной и третичной медицинской помощи. Депрессия, в утвержденном приказом МОЗ Украины 23.02.2016 № 121, обязывает врача: "предложить пациенту и координировать с ним специализированные и высокотехнологичные виды психотерапии (терапия решения проблем, короткая когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ) и консультирование - в течение 6-8 сеансов около 10-

12 недель). Решение о месте проведения и специалисте, который будет проводить определенный вид психотерапии, принимается вместе с пациентом".

Таким образом, люди, страдающие депрессией, соматоформными расстройствами и психосоматическими заболеваниями, неврозами, ПТСР и стрессовыми расстройствами должны согласовывать с врачом психотерапевта, с которым будут работать, и он может быть только в методе КПТ.

Дискуссия о возможности научно доказать и подтвердить эффективность метода на сегодня не закрыта, и однозначный ответ не получен. Более того, сегодня идет горячая дискуссия о том, как вообще оценить эффективность психотерапии валидно (Чушке, 2015).

Таким образом, мы, как представители Позитивной психотерапии, уже втянуты (и не по своей воле) в несколько уровней противостояния.

Обсуждение

Важно помнить, что психотерапевты постсоветского пространства и развивающихся стран, в отличие от европейских, американских коллег, на стадии "грязных" работ в деле строительства рынка психотерапевтических услуг: разгребания мусора и закладки фундамента. Этот факт напрочь лишает нас возможности почивать на лаврах победы разума над невежеством. Нам предстоит еще много работы.

Начинать нужно с освоения маркетинга, а именно азов продвижения (promovare). Основа продвижения - информирование. Это база, на которой возможна вся последующая надстройка: формирование престижности, поддержание популярности, изменение стереотипа восприятия, лояльность методу.

Давайте посмотрим, с какой плотностью информации столкнется клиент, захотев подробнее ознакомиться с методами психотерапии из вышеупомянутого перечня:

"Окей, Google!"

"Транзактный анализ" Результатов: примерно 220000 (0,54 сек.)

"Когнитивно-поведенческая терапия" Результатов: примерно 1820000 (0,58 сек.)

"Гештальт терапия" Результатов: примерно 1210000 (0,57 сек.)

"Телесно-ориентированная психотерапия"
Результатов: примерно 1470000 (0,59 сек.)

"Психоанализ" Результатов: примерно 3100000
(0,70 сек.)

Теперь рассмотрим результат для ППТ:

"Позитивная психотерапия" Результатов:
примерно 193 000

"Позитивная кросс-культурная психотерапия"
Результатов: примерно 49 800 (0,46 сек.)

Очевидно, что такая структура - вовсе не результат количества психотерапевтов в том или ином методе. Это результат активности.

Очень важно помнить, что продвижение метода психотерапии - это совсем иной феномен, нежели продвижение товаров. По сути, мы меняем взгляд на устройство человека. Согласитесь, это о науке более, нежели об услуге. И тут важно понимать, что просто информировать не получится.

"Переход к новой парадигме не может основываться на чисто рациональных доводах, хотя этот элемент значителен. Здесь необходимы волевые факторы - убеждение и вера" (Кун, 2002).

Убеждение и вера: Верим ли мы в наш метод? Верим ли мы в себя? Знаем ли мы тонкости настолько, чтобы убеждать других в эффективности метода? Убеждаем ли?

В сегодняшних реалиях информирование - это даже не инструмент заявления о себе. Это инструмент противостояния отрицанию метода и его возможностей. Это отстаивание права быть.

Но важно учитывать, что мы не только в атмосфере научной среды, мы в реалиях конкуренции. И то, что происходит в информационном пространстве сегодня, добавляет еще один признак - конфликт. Мы часто оперируем этим понятием, ведь оно ключевое для динамического направления.

"Конфликт - серьезное разногласие, столкновение противоположных сторон, мнений, сил" (Ефремова, 2002).

Что как не конфликт, принятие акта, который навязывает пациенту определённый метод психотерапии, значительно ограничивая права и возможности пациента?

Что как не конфликт, многочисленные и столь категоричные заявления коллег из других методов: "единственный метод, который может помочь вам - это метод ХХХХ".

И тут уместно вспомнить о центральном понятии позитивной психотерапии - ключевом конфликте. В понимании ППТ метода, "имея что сказать - нужно сказать", в противном случае эта энергия становится разрушающей.

Обратимся к четырем вариантам сочетания искренности и вежливости, которым соответствует четыре типа нашего поведения (Кириченко, 2007) и адаптируем их к обсуждаемой проблеме.

"Искренняя вежливость": мы спокойно реагируем на утверждение о том, что некий метод "единственно действенный", просто игнорируя это.

"Неискренняя вежливость": уступаем из страха, выходясь общими формулировками. Возможная причина - неверие либо не знание силы собственного метода.

"Невежливая искренность": агрессивно отстаиваем свое мнение, не заботясь об аргументах, упоывая на эмоциональный напор. "Вежливая искренность": открыто, но вежливо вступаем в диалог, запрашивая аргументы, источники, выражаем свое несогласие и предоставляем свои аргументы.

Немаловажно задуматься, как каждый из нас сегодня преимущественно реагирует на ситуацию научной и деятельной конкуренции направлений, вернее конфликт. Если это молчание, игнорирование или уходом, важно понять почему так происходит. Ведь с точки зрения ППТ метода - это не эффективно. Что мы, как психотерапевты, будем предлагать клиенту, реагирующему на конфликт таким образом?

Возвращать вежливую искренность, поскольку у иных вариантов реакции есть негативные последствия.

Нельзя не коснуться еще одного уровня противостояния: психотерапевт против самого себя. Сегодня многие коллеги, пытаясь выиграть в гонке, присваивают себе знания уровня "могу все". Например, заявляя о своей специализации во всех известных психологии расстройствах и проблемах. Или гарантируя применение всех популярных методов. Специалист 27 лет от роду заявляет о работе в 11 методах психотерапии. Некоторые "для надежности" еще и добавляют такие способности, как "энерготерапевт", "нумеролог", "астролог". "У семи нянек дитя без глазу" (*Too many cooks spoil the broth*). Глубокое изучение одного метода и специализация в определенной тематике - это лучшая ли гарантия эффективности и узнаваемости.

Заключение

Таким образом, для усиления своей бытности в информационном пространстве предложены следующие шаги.

Если многие коллеги уже пришли к необходимости иметь сайт и размещать статьи в онлайн изданиях, то активность в соцсетях все еще остается на очень низком уровне. Максимум редпринимаемых усилий заключаются в создании статического контента. Но большой поток запросов и обмен информацией сегодня происходит в объединениях по интересам: группах. Сегодня сайт относится к работе с ними, как к части своей профессии: ответы на вопросы, разъяснения, отсылка к своим статьям, или статьям коллег. Достаточно найти несколько групп по своей специализации, где люди ищут ответы.

Создание своей группы или аудитории - это более продвинутый уровень, который дает возможность целенаправленно заявлять о себе и методе. И что самое важное в группе: это регулируемое столкновение мнений и взглядов. На сегодня Фейсбук не выдал и десятка групп по запросу "Позитивная психотерапия", как в русскоязычном так и в англоязычном варианте запроса.

У каждого, кто проходил обучение на базовом и мастер курсах есть сотни страниц готовой к публикации информации. Это контрольные работы. Они могут как сразу писаться в формате статьи, так и переделываться позднее. Это полезная и творчески переработанная информация внесет весомый вклад в дело уплотнения информационного поля о нашем методе. Как в виде статей, так и постов или разъяснений.

Люди очень любят истории про людей. Каждая встреча с клиентом - это сокровищница. Короткие заметки об интересном случае (соблюдением требования конфиденциальности) вызывают живой интерес и дают возможность привлечь внимание как к проблеме, так и к методу ее разрешения.

Но если совсем не хочется писать - информационное поле предлагает говорить. Подкасты - сегодня очень востребованный сектор, и дает не меньшую возможность заявить о методе и о себе.

Сегодня как никогда важно не просто владеть информацией, а загружать ее в пространство. И не просто загружать, а помочь ей стать видимой.

Реклама - не менее важный способ в деле продвижения и метода и себя. Впечатляюще масштабную работу по изучению запретов на рекламу в этических кодексах психотерапевтических обществ разных стран провел психиатр, психотерапевт Кирилл Кошкин, в результате которой сделал однозначный вывод: запрет для психотерапевтов на рекламу - это миф. Реклама должна соответствовать этическим нормам, но она должна быть.

Подводя итог, хочется отметить самое главное - без всех этих мер в современном мире обойтись нельзя. Мы уже втянуты в информационную битву, и возможно нам не выиграть. Но есть такие битвы, где важнее не победа, а противостояние.

Список использованных источников

- [1] TSCHUSCHKE, V., CRAMERI A., KOEMEDA M., SCHULTHESS P., VON WYL, A. & WEBER, R. (2015). *Rainer Weber Psychotherapieforschung- Grundlegende Überlegungen und erste Ergebnisse der naturalistischen Psychotherapie-Studie ambulanter Behandlungen in der Schweiz (PAP-S)* [Rainer Weber Psychotherapy Research - Basic considerations and first results of the naturalistic psychotherapy study of outpatient treatments in Switzerland (PAP-S)]. URL: http://docplayer.org/1783348-Volker-tschuschke-aureliano-crameri-margit-koemeda-peter-schulthess-agnes-von-wyl-rainer-weber.html#show_full_text [accesat: 23.03.2021]
- [2] ЕФРЕМОВА, Т. [EFREMOVA, T.] (2000). *Новый словарь русского языка* [Noul dicționar al limbii ruse]. М. Русский язык. 1084 с.
- [3] КАРВАСАРСКИЙ, Б. [KARVASARSKY, B.] (2002). *Психотерапия: учебник для студентов медицинских вузов* [Psihoterapie: un manual pentru studenții la medicină]. СПб.: Питер. 672 с.
- [4] КИРИЧЕНКО, С. [KYRYCHENKO, S.] (2007) *Динамический баланс и уровни ключевого конфликта личности* [Dynamic balance and levels of key personality conflict]. *Журнал Позитум-Украина*. Черкассы. №1. С. 13-15.
- [5] КОШКИН, К. [KOSHKIN, K.] (2021). *Реклама и этический кодекс психолога/психотерапевта* [Publicitatea și Codul deontologic pentru psiholog/psihoterapeut]. URL: <https://chastnayapraktika.com/etika> [accesat: 23.03.2021]
- [6] КУН, Т. [KUHN, T.] (2002). *Структура научных революций* [The Structure of Scientific Revolutions]. Москва, Изд. Аист 605 с.
- [7] МАК-ВИЛЬЯМС, Н. [McWILLIAMS, N.] (2007). *Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе* [Psychoanalytic diagnostics. Înțelegerea structurii personalității în procesul clinic]. Москва. Из-во Класс. 474 с.
- [8] ПЕЗЕШКИАН, Н. [PESECHKIAN, N.] (2001): *Психотерапия в повседневной жизни. Тренинг разрешения конфликтов*

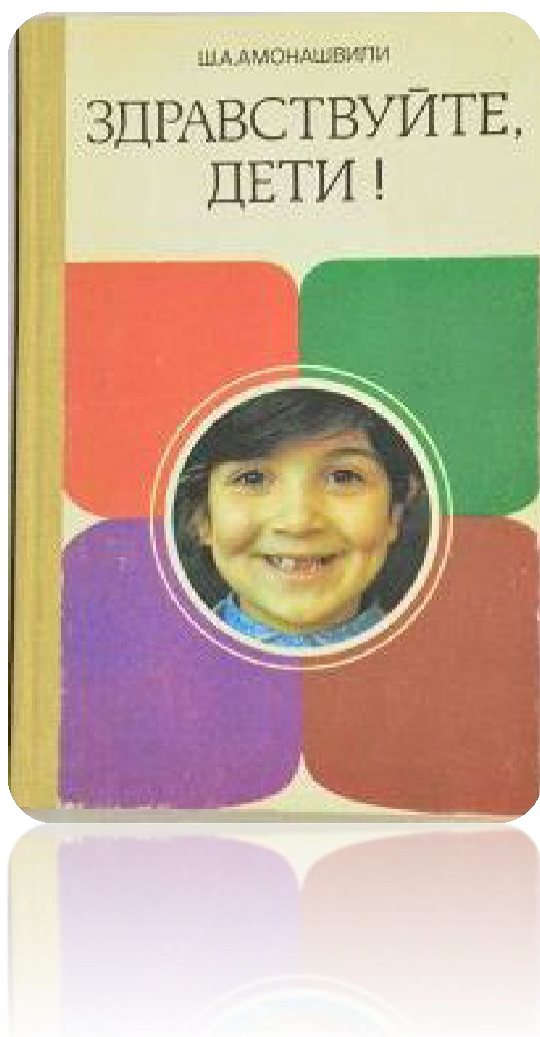
- [Psihoterapie în viața de zi cu zi. Formare în rezolvarea conflictelor]:
перевод с немецкого Наумовой Ю. С. СПб.: Речь. 288 с.
- [9] **ПРИКАЗ МОЗ УКРАИНЫ** 23.02.2016 № 121. URL:
https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf
[accesat: 23.03.2021]
- [10] **ПРИКАЗ МОЗ УКРАИНЫ** 23.02.2016 № 121. URL:
https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_ukpmd_depresiya.pdf
[accesat: 23.03.2021]
- [11] Руководство mhGAP-IG по оказанию помощи в связи с психическими и неврологическими расстройствами, а также расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в неспециализированных учреждениях здравоохранения" (2018). Всемирная организация здравоохранения, Европейское региональное бюро, Копенгаген
- [12] **САНДОМИРСКИЙ, М. [SANDOMIRSKY, M.]** (2005). *Психосоматика и телесная психотерапия* [Psihosomatică și psihoterapie corporală]. Москва. "Класс". 416 с.

RECENZIE DE CARTE



подготовил Максим Чекмарев

MD, психиатр, психотерапевт, международный Мастер Тренер по ППТ, директор Амурского центра по Позитивной Психотерапии, преподаватель кафедры общественного здоровья Амурского государственного медицинского университета pontific3@yandex.ru



HELLO CHILDREN! de Amonishvili, S.

ЗДРАВСТВУЙТЕ, ДЕТИ! Ш. А. АМОНИШВИЛИ

Учебное пособие
"Просвещение", 1983
208 стр.

Работая в Дальневосточном Федеральном Университете во Владивостоке, я часто ездил на поездах в Благовещенск. Это почти сутки пути, в которые я брал с собой книгу. Однажды я провёл эти сутки неотрывно за книгой, часто начиная плакать. Соседи по купе оглядывались, но сохраняли вежливую дистанцию. Этой книгой была "Здравствуйте, дети!" Шалвы Амонашвили издания 1983 года - документальные записи педагога о большом эксперименте в грузинских школах. Над следующей его книгой - монографией 1984 года "Воспитательная и образовательная функция оценки учения школьников" я тоже нашёл, где заплакать.

Шалва Амонашвили - грузинский педагог и психолог, создатель концепции гуманной педагогики, в этом году ему исполнилось 90 лет. С 1980-х годов его труды успели получить международное признание. Моя мотивация рассказать об одной из книг Амонашвили в научном журнале, посвящённом Позитивной и Транскультуральной Психотерапии продиктована близостью двух концепций. Много из того, о чём говорил и писал Пезешкиан в области психотерапии перекликается с идеями Амонашвили в педагогике и наоборот. В нашем методе только происходит формирование методологии позитивной педагогики, складывается понимание специфики концепции ребёнка в образовании. В гуманной педагогике эти философские основания хорошо описаны.

В качестве объекта рецензии я возьму книгу Шалвы Амонашвили 2000 года "Школа жизни", которая вышла с подзаголовком "Трактат о начальной ступени образования, основанной на принципах гуманно-личностной педагогики". Она, пожалуй,



только философию, но и практику подхода, затрагивает учебный и воспитательный процесса в школе как в организации.

Книга написана уже в новом тысячелетии и вдруг - "трактат". В языке автора присутствуют намеренные архаизмы. В-первых, Амонашвили признаётся, что они служат для передачи пафоса и даже романтики педагогики. Ему чужда тенденция восприятия образования как услуги, оно непременно только служение, особая деятельность, не имеющая права потерять ощущение себя как чего-то сакрального. Во-вторых, архаизмы помогают понять, что перед нами неоклассика. После модернистского и постмодернистского подхода к образованию, то есть становления его как массового и стандартизированного явления, а затем имеющего право на плюрализм, автор предлагает задуматься о возвращении к истокам. Что такое педагогическая классика? Какие ценности утверждали в образовании Квинтиллиан, Коменский, Песталоцци, Ушинский, Корчак и Макаренко? Каждый из них предполагал, что ученик - субъект обучения, личность, раскрывающая свой потенциал.

Далее я предложу краткий обзор основных положений гуманной педагогики. Вы легко сможете оценить их близость с позитивным видением человека, что открывает возможность для транскультурального плодотворного обмена между двумя школами.

Описывая свой подход, опираясь на педагогическую классику, Амонашвили предлагает три допущения, три постулата и формулирует три движущих силы.

Три допущения связывают педагогику и духовную традицию. Вот они:

- душа человека есть реальная сущность;
- она устремлена к вечному восхождению и совершенствованию;
- земная жизнь есть отрезок пути восхождения. Здесь автор напоминает нам, что слово "школа" происходит от латинского "scale" - лестница.

Три постулата описывают наше отношение к

ребёнку в гуманной педагогике.

1. Ребёнок есть **явление** (феномен). Феноменологический подход призывает к восприятию ребёнка как уникального человека, который уже живёт, а не готовится к жизни.
2. Ребёнок несёт в себе жизненную **миссию**. В нём скрыт потенциал для прохождения уникального жизненного пути, который должен быть раскрыт и актуализирован образованием.
3. Ребёнок несёт в себе энергию **духа**. Библия говорит о том, что "Дух дышит, где хочет", таким образом и ребёнок не видит границ для своей реализации, способен и стремится выйти за пределы мира, очерченного старшими поколениями.

Три движущих силы обосновывают бессмысленность авторитарного педагогического мышления и постулируют компоненты природосообразного воспитания, которое способно учесть наличие следующих стремлений в душе ребёнка:

1. Стремление к развитию. Ребёнок не может не развиваться, развитие происходит через преодоление трудностей. Это естественный врождённый процесс, который требует создания условий, а не постоянного мотивированная извне. Он нарушается только при воздействии агрессивной социальной среды, которой может стать и семья, и школа.
2. Стремление к взрослению. Ребёнок рождается не для того, чтобы остаться ребёнком, а для того, чтобы стать взрослым. Поэтому его жизнь - каждодневный выход за пределы себя. Амонашвили предлагает возвести исполнение педагогических процессов до искусства, что поможет чувствовать себя взрослым там, где он вовсе ещё не взрослый, а ребёнок.
3. Стремление к свободе. Оно означает движение к самостоятельности и автономности, которое может превратиться из возможности в реальность при содействии взрослого, через общение и совместную деятельность как с ним, так и



Вне всякого сомнения, такой взгляд на ребёнка требует новое устройство школы. Современные тенденции стремятся сделать её максимально соответствующей текущим ценностям общества. Гуманная педагогика предлагает сосредоточиться на непреходящих истинах и раскрытии личностного потенциала, который включает физическое, интеллектуальное, эмоциональное и духовное развитие.

Даже беглый анализ основных положений гуманной педагогики позволяет определить этот подход как родственной позитивной психотерапии. В силу интереса у многих наших коллег к формированию нового направления - позитивной педагогики, я настоятельно советую ознакомиться как с трактатом "Школа жизни", так и с иными работами Шалвы Амонашвили.

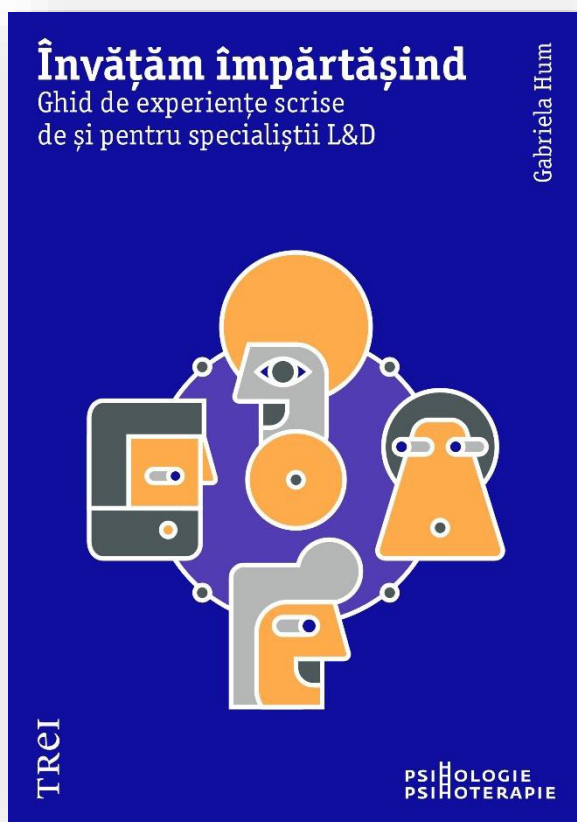
RECENZIE DE CARTE



de Diana Pop

Psihoterapeut pozitiv certificat,
Cluj-Napoca, România
pop.iuliadiana@gmail.com

Învățăm împărtășind. Ghid de experiențe scrise de și pentru specialistii L&D, Editor: Gabriela Hum



ÎNVĂȚĂM PRIN ÎMPĂRTĂȘIRE - UN GHID SCRIS DE ȘI PENTRU L&D SPECIALIȘTI [în limba română]

Editura TREI, 2021
348 pagini
ISBN: 9786064010124

ISSN 2710-1460

În timpul pandemiei din 2020, optsprezece specialiști în învățare și dezvoltare din diferite companii din Cluj-Napoca (România) coordonați de Gabriela Hum au început să scrie o carte.

Rezultatul?

"We learn by sharing - a guide written by and for L&D specialists" - O carte grozavă de 347 de pagini despre experiența lor personală în materie de formare și despre regulile de urmat pentru a crea o experiență bună de învățare, despre cum să oferi formare și să susții schimbările induse de formare în organizații.

Volumul conține cinci capitole, împărțite în douăzeci de secțiuni create în jurul cuvântului "învățare" și dezvoltare organizațională. Accentul principal se pune pe importanța învățării și dezvoltării ca parte a funcțiilor de resurse umane și pe importanța specialiștilor în învățare și dezvoltare ca parteneri de afaceri, subliniază aspectele tehnice care fac parte din analiza nevoilor și proiectarea intervențiilor, programele de livrare, învățarea postlivrare, carierele pe care le-ar putea avea un departament de învățare și dezvoltare și posibilitățile interesante în acest domeniu.

Este o nouă carte de intrare în domeniul resurselor umane și ar trebui să devină "biblia" pentru fiecare organizație și pentru toți cei interesați de domeniul formării.

Ceea ce am observat când am început să citesc cartea a fost limbajul ușor accesibil folosit, deși este o carte tehnică, limbajul folosit mi-a permis mie - un nespecialist în învățare și dezvoltare să înțeleg și să mă cufund în această lume. Încă de la primul capitol m-a făcut curioasă cât de lung este procesul de creare a unui training și câte detalii sunt luate în considerare încă de la primul punct: analiza nevoii de training.

Este o carte de detalii, dar nu plictisitoare,

WAPP

mod excesiv. Sunt acele detalii necesare pentru a face diferența și acele detalii care pot capta atenția participanților pentru ca procesul de învățare să aibă loc.

Sentimentul pe care îl ai în timp ce citești această carte nu este unul greoi, obosit, ci un sentiment de curiozitate amestecat cu entuziasm, acel "Bine, spune-mi mai multe despre acest sentiment.

Mi-a plăcut în mod deosebit capitolul trei - "Livrarea de formare" și, după titlu, te-ai aștepta la o secțiune "Cum să", dar nu, imaginează-ți această carte ca pe un labirint, știi unde intri, înveți cum să ieși și vei primi toate instrumentele pentru a găsi calea de ieșire, dar procesul te va uimi. Și acesta este cuvântul corect pentru acest capitol: uimitor! Când începeți să citiți acest capitol, prima propoziție este: *"Când pregătim un training, începem să ne gândim la el ca la o călătorie. IT are un punct de plecare unde ne întâlnim partenerii de călătorie, ne încălzim și ne uităm pe hartă pentru a vedea unde trebuie să ajungem. Apoi începem călătoria și urmăm câteva reguli pentru a ne asigura că toată lumea este cu noi, ghizii. Iar la final, ne luăm rămas bun unii de la alții și luăm cu noi lucrurile pe care le-am învățat în timpul călătoriei, pentru a le împărtăși și a le exersa în continuare.*

Cititorul va fi uimit cât de bine rezumă această frază întregul capitol: deschiderea, regulile grupului, încălzirea pentru formare și încălzirea pentru subiectul specific, așteptările, stilul de învățare al fiecăruia - pentru a ne asigura că *"toată lumea este cu noi, ghizii"*, livrarea formării și tehnicile de livrare, dinamica grupului și facilitarea vizuală.

Un alt lucru care mi-a plăcut este accentul din ultimul capitol - *"Posibilități și perspective în L&D"* pe secțiunea - *Cum să formezi un trainer* - un aspect important și rareori luat în considerare atunci când se realizează un training. Iar autorul Călin Grigorovici subliniază: *"Trainingul este despre participanți nu despre trainer"* iar capitolul este dedicat pregătirii trainerului în jurul a trei piloni: background, pedagogie și formă.

Întreaga carte se concentrează nu doar pe informații, metode și exerciții, ci și pe oameni: de la formator la participanți și organizație - care în România încep timid să aibă o cultură a învățării.

La sfârșitul fiecărui capitol, cititorul poate găsi o secțiune de referințe, exemple de exerciții, instrumente care pot fi utilizate în cadrul trainingurilor și o zonă de practică în care cititorul este invitat să facă parte din călătorie.

Dacă nu sunteți un specialist în învățare și dezvoltare ca mine, poate că întrebarea dvs. va fi: "De ce să cumpăr această carte?"

Răspunsul meu va fi: ar trebui să o cumpărați pentru propria dezvoltare personală, deoarece învățăm câte ceva în fiecare zi și cu fiecare experiență pe care o trăim pe viu putem deveni cu ușurință formatori pentru copiii, clienții, studenții noștri etc. Iar majoritatea exercițiilor și informațiilor găsite în această carte pot fi folosite cu ușurință în practica de zi cu zi.

Procesul de învățare nu este doar pentru organizații, este pentru toată lumea, în fiecare zi din viața noastră.

ȘTIRI WAPP

- Iulie 2021

Dragi membri WAPP,

Dragi prieteni și susținători ai psihoterapiei pozitive din întreaga lume,

În ultimele șase luni, Consiliul de administrație al WAPP și sediul central - cu sprijinul membrilor noștri - au implementat multe idei inovatoare și au dezvoltat proiecte existente:

- ✓ WAPP a lansat un sistem de monitorizare a cursurilor.
- ✓ Consiliul WAPP a elaborat o broșură informativă privind descoperirea de sine.
- ✓ O ediție internațională a unui manual de "Psihoterapie pozitivă psihodinamică" este în curs de publicare și va fi tradusă în curând în mai multe limbi.
- ✓ Consiliul de administrație al WAPP a elaborat criteriile pentru admiterea participanților la cursurile de masterat.
- ✓ Președintele WAPP, Dr. Hamid Peseschkian, a fost numit în Consiliul Federației Internaționale de Psihoterapie (IFP).
- ✓ Două întâlniri online cu formatorii, dintre care una a fost dedicată descoperirii de sine.
- ✓ O întâlnire online cu centre și organizatori de cursuri PPT.
- ✓ Reuniuni lunare online ale Consiliului de administrație al WAPP.
- ✓ Pregătirea de conferințe internaționale online și offline. La

fel ca și alte știri semnificative, vă rugăm să găsiți mai jos.

Înființarea comitetelor WAPP

Asociația Mondială pentru Psihoterapie Pozitivă și Transculturală (WAPP) a format 4 comitete pentru a discuta și a lucra pe următoarele patru teme principale ale organizației noastre: Guvernanță; Membri; Formare; Publicații.

Asociația noastră a crescut anul acesta la aproximativ 1 900 de membri din 36 de țări. Subiectele devin mai complexe și mai ample. Consiliul de administrație al WAPP se reunește o dată pe lună prin videoconferință pentru a discuta un număr tot mai mare de probleme. Cu toate acestea, multe subiecte necesită o privire mai atentă și cercetare - și, cel mai important, puncte de vedere și opinii diferite.

Prin urmare, Consiliul a numit câțiva colegi dintre membrii noștri pentru a ne ajuta să aducem Asociația noastră la nivelul următor. 19 dintre membrii nominalizați s-au oferit voluntari să facă parte din comitete. Împreună cu membrii Consiliului, ei formează următoarele grupuri de 27 de persoane din 12 țări:

Governance Committee	Membership Committee	Training Committee	Publications Committee
Strategy, plans, headoffice, staff, agenda, board issues, annual meetings, elections, legal affairs	Membership, finance, budget, events (World Congress, ITS, conferences)	Trainers and trainings, evaluation, training standards, specialized courses, centers, associations, EAP/ECP	Publications, Journal supervision, translations, Social Media, Website, Internet
governance-committee@positum.org	membership-committee@positum.org	training-committee@positum.org	publication-committee@positum.org
Hamid Peseschkian	Ewa Dobiala	Gabi Hum	Olga Lytvynenko
Raluca Ursica	Tinia Tober	Ivan Kirillov	Stefanka Tomcheva
Daria Krebs	Anna Wyszadko	Maxim Goncharov	Irina Kuklina
Fariba Karamloo	Ekaterina Dokunova	Natalia Khanetska	Erick Messias
Liudmyla Moskalenko	Adela Moldovan	Polina Efremova	Ovidiu Damian
	Denys Lavrynenko	Oana Bodor	Klaudia Sujecka
		Ocean Liu Yang	Oana Cuesdeanu
		Oleksandra Nizdran-Fedorovych	Maksim Chekmarev

Vor exista mai multe comitete, subgrupuri ale comitetelor sau grupuri de lucru pentru care vom fi bucuroși să găsim voluntari în viitor.

Noua posibilitate de a ne întâlni online dincolo de continente și fusuri orare ne permite să ne consultăm și să ne întâlnim mai des și, în sfârșit, să punem lucrurile în mișcare.

O primă reuniune a tuturor comitetelor a avut loc în luna mai, iar reuniunile ulterioare ale comitetelor au loc acum frecvent și sunt foarte fructuoase și inspiratoare. Ideile și sugestiile acestora sunt prezentate Consiliului WAPP și, dacă sunt aprobate, sunt realizate în strânsă cooperare între comitete, Consiliu și sediul central.

Așteptăm cu nerăbdare noile evoluții pe care le va aduce activitatea noilor noastre comitete.

Multe mulțumiri tuturor celor care umpleți această organizație cu viață și experiență - și mulțumiri speciale noilor membri ai Comitetului pentru disponibilitatea dumneavoastră și pentru adăugarea ideilor dumneavoastră!

Alegeri parțiale WAPP

Din cauza demisiei unui membru al Consiliului de administrație, a fost necesară o alegere parțială. Consiliul a solicitat o reuniune extraordinară (online) a adunării, care a avut loc prin Zoom la 29 aprilie 2021.



În total, am avut 11 nominalizări pentru membri din 8 țări, dintre care 7 au fost pregătiți să candideze pentru Consiliul WAPP. Vă mulțumim că i-ați nominalizat și le-ați arătat încrederea și respectul dumneavoastră. Alegerea a fost posibilă doar prin vot electronic și a avut loc în aprilie. 311 membri cu drept de vot au participat la alegeri.

Noul membru ales este Dr. Stefanka Tomcheva din Bulgaria. Peste 50 de membri de pe 3 continente au participat la adunarea extraordinară (online) din 29 aprilie, în cadrul căreia au fost anunțate rezultatele alegerilor parțiale.

Lansarea noului site web

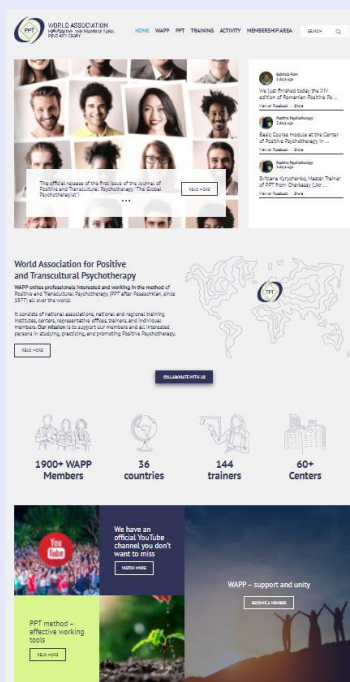
WAPP a lansat un site web complet nou (www.positum.org). Acesta este mai contemporan, ușor de navigat și plin de informații utile.

Există o secțiune specială "Publicații" unde am adunat toate publicațiile PPT disponibile: cărți, articole, prezentări, materiale de instruire și promoționale.

Îl puteți filtra după tip și limbă.

Bineînțeles, noul site are din nou lista membrilor sortată pe țări și alte caracteristici cu care erați obișnuiți pe vechiul site.

Acesta are, de asemenea, o conexiune pentru membri care permite membrilor WAPP să obțină mai multe informații decât ceilalți utilizatori ai site-ului. Acesta oferă mai multe știri, materiale de formare, detalii privind publicațiile și articolele.



Seminarul internațional de formare (ITS) 2021 - Înregistrarea este deschisă



Suntem bucuroși să anunțăm următoarea Conferință internațională online privind PPT: 9-10 octombrie 2021. Din cauza pandemiei, ITS va avea loc din nou online prin Zoom.

Înregistrarea este deschisă - [Înregistrare>>](#)

9 octombrie 2021 - Ziua formatorilor: numai pentru formatori și candidați formatori - reuniuni plenare, seminarii, ateliere de lucru pe teme legate de formare și formare și grupuri de autodesoperire.

10 octombrie 2021 - Ziua porților deschise: reuniuni plenare și ateliere - deschise pentru toată lumea.

Limba seminarului va fi engleza și parțial rusa, traducerea pentru prezentările individuale trebuie să fie organizată de prezentator, traducerea în alte limbi vă rugăm, de asemenea, să vă organizați. Mai multe informații despre programul științific sunt disponibile pe site-ul nostru.

Suntem încântați să vedem creșterea comunității WAPP, precum și creșterea calității cursurilor PPT din întreaga lume. În ciuda COVID-19 pandemiei, WAPP rămâne activ în permanență datorită membrilor care contribuie cu timp și expertiză.

*Cu profundă
recunoștință Consiliul de administrație și
sediul WAPP*

Asociația Mondială pentru Psihoterapie Pozitivă și Transculturală (WAPP)

Sediul WAPP - Luisenstrasse 28 - 65185 Wiesbaden - Germania

Tel. +49-6 11-450 34 40 - Email: wapp@positum.org - Website: www.positum.org



INFORMAȚII ȘI ORIENTĂRI PENTRU AUTORI

"Informații și orientări pentru autori" complete și actualizate sunt disponibile pe site-ul JGP: <https://www.positum.org/ppt-journal/>

Psihoterapeutul global (JGP) este o revistă digitală interdisciplinară dedicată Psihoterapiei pozitive (PPT după Peseschkian, din 1977)[™]. Această revistă semestrială evaluată de colegi publică articole privind experiențele și aplicarea metodei umanist-psihodinamice a Psihoterapiei Pozitive și Transculturale. Subiectele variază de la articole de cercetare pe teme teoretice și clinice, recenzii sistematice, inovații, articole de management de caz, diferite aspecte ale formării și educației psihoterapeutice, aplicații ale PPT în consiliere, educație și management, scrisori către editori, recenzii de carte etc. Există o secțiune specială dedicată tinerilor profesioniști care urmărește să încurajeze tinerii colegi să publice. Revista salută manuscrisele din diferite culturi și țări.

Limbile articolelor sunt: Engleză și rusă. Fiecare articol trebuie să aibă rezumatul în limba engleză, iar pentru articolele în limba rusă - în engleză și rusă. Pentru editarea în limba engleză, autorii pot solicita ajutorul editorului nostru de limbă engleză, Dr. Dorothea Martin (SUA/Albania). Acest serviciu este gratuit pentru autori. Dar, aceasta este doar pentru editare, nu și pentru traducere - trimiteți un e-mail la journal@positum.org.

Procesul de evaluare: Toate manuscrisele trimise - cu excepția recenziilor scurte de carte - vor fi anonimizate și trimise la cel puțin 2 referenți independenți pentru recenzii colegiale "dublu-orb". Recenziile acestora (de asemenea anonimizate) vor fi apoi trimise înapoi autorului. Articolele trimise sunt verificate în sistemul "AntiPlagiat" și sunt acceptate în cazul unui rezultat satisfăcător (determinat pentru fiecare dintre articole în parte prin raportul dintre fragmentele de text originale, fragmentele împrumutate și prezența legăturilor formalizate).

Subiectele pot fi trimise numai prin e-mail atașat în format DOC, DOCX, RTF la adresa journal@positum.org.

Pentru formatarea articolului, inclusiv a informațiilor despre autori, Editorialele solicită autorilor să utilizeze modele speciale.

- Pentru secțiuni științifice: [Sablon pentru articole științifice](#)
- Pentru secțiuni practice: [Sablon pentru articole practice](#)
- Recenziile de carte și scrisorile sunt acceptate în

formă liberă. Un autor poate publica o singură lucrare pe număr.

În circumstanțe excepționale, redacția poate lua în considerare articole mai lungi (sau variații ale acestor linii directoare), însă autorii vor avea nevoie de o aprobare specifică din partea redacției înainte de trimiterea lor. (De obicei, acordăm o marjă de eroare de 10%+/- la numărul de cuvinte).

THE GLOBAL PSYCHOTHERAPIST

July 2021
Number 2
Volume 1

Referințe: Autorul trebuie să enumere referințele în ordine alfabetică la sfârșitul articolului sau pe o foaie (foi) separată (separate), folosind stilul de bază Harvard-APA. Lista de referințe trebuie să se refere numai la acele referințe care apar în text, de exemplu (Fairbairn, 1941) sau (Grostein, 1981; Ryle & Cowmeadow, 1992): nu se acceptă recenzii bibliografice și bibliografii mai ample. Detalii privind stilul comun Harvard-APA vă pot fi trimise la cerere sau sunt disponibile pe diverse site-uri web.

În esență, se utilizează următorul format, cu majuscule, italice și punctuație exacte.

Iată trei exemple de bază:

[1] Pentru articolele din reviste / periodice (titlurile revistelor nu trebuie prescurtate):

FAIRBAIRN, W.R.D. (1941). O psihopatologie revizuită a psihozelor și neuro-psihozelor. *International Journal of Psychoanalysis*, Vol. 22, pp. 250-279.

[2] Pentru cărți:

PESECHKIAN, N. (2016). *Psihosomatică pozitivă: Manual clinic de psihoterapie pozitivă*, Bloomington, SUA: AuthorHouse UK.

[3] Pentru resurse care nu sunt în limba engleză:

ШПИГЕЛЬБЕРГ, Г. М. [SPIEGELBERG, H. M.] (2002). *Феноменологическое движение. Историческое введение* [Mișcarea fenomenologică. Introducere istorică]. M.: "Логос". 608 c.

[4] Pentru capitole din cărți cu autori multipli:

PESECHKIAN H., REMMERS A. (2020) *Psihoterapia pozitivă: O introducere*. În: Messias E., Peseschkian H., Cagande C. (eds), *Positive Psychiatry, Psychotherapy and Psychology*, (pp. 3-9). Springer, Cham.

Frecvență și drepturi de autor

Revista este publicată de două ori pe an. Revista susține politica accesului liber, bazată pe principiul distribuirii libere a informațiilor științifice și al schimbului global de cunoștințe pentru progresul social comun. Autorii care publică sub orice licență permisă de revistă își păstrează toate drepturile. Politica editorială a revistei permite ca toate versiunile articolelor publicate să fie depozitate într-un depozit instituțional sau în alt depozit la alegerea autorului, fără embargo. Comitetul editorial al revistei își rezervă dreptul de a corecta articolele trimise spre publicare.

Informații suplimentare și datele de contact sunt disponibile pe site-ul JGP: <https://www.positum.org/ppt-journal/>